Instructions to Health Plans

* [This version of the ANOC should be used by COHS plans.]
* [Plans may include the ANOC in the 2020 Member Handbook (Evidence of Coverage) or provide it to members separately.]
* [Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). Plans should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that plans must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. Plans should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new members.]
* [Plans are subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557).]
* [Plans may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medi-Cal benefits and cost sharing for its dual eligible population.]
* [Plans must revise references to “Medicaid” to use “Medi-Cal” throughout the ANOC.]
* [Plans should follow the instructions in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and the State’s specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [*Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.*]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Plans should refer members to the 2020 Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “ver Capítulo 9, Sección A, página 1”. An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where an item or text continues on to the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección se continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialect in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print.*]

<Plan name> [insert plan type] ofrecido por [insert sponsor name]

*Aviso anual de cambios* para 2020

[Optional: insert member name]

[Optional: insert member address]

[If there are any changes to the plan for 2020, insert: Usted está inscrito actualmente como miembro de <plan name>. El año próximo, habrá algunos cambios a los [insert as applicable: beneficios, cobertura, reglas [y] costos] del plan. [Insert as applicable: Esta sección **or** Este Aviso anual de cambios] le dice sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.]

[If there are no changes whatsoever for 2020 (e.g., no changes to benefits, coverage, rules, costs, networks, etc.), insert: Usted está inscrito actualmente como miembro de <plan name>. El año próximo, no habrá cambios a los beneficios, cobertura, [y] reglas [insert if applicable: y costos]. No obstante, aún así debería leer esta [insert as applicable: sección **or** Aviso anual de cambios] para enterarse sobre sus opciones de cobertura. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del miembro.]

[*Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc14095997)

[B. Revisando su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo 5](#_Toc14095998)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc14095999)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc14096000)

[B3. Cosas importantes que hacer: 7](#_Toc14096001)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc14096002)

[D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red 9](#_Toc14096003)

[E. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] para el año próximo 9](#_Toc14096004)

[E1. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos]para los servicios médicos 9](#_Toc14096005)

[E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta 10](#_Toc14096006)

[E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” 13](#_Toc14096007)

[E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” 14](#_Toc14096008)

[F. Cambios administrativos 16](#_Toc14096009)

[G. Cómo elegir un plan 16](#_Toc14096010)

[G1. Cómo quedarse en nuestro plan 16](#_Toc14096011)

[G2. Cómo dejar a <plan name> 16](#_Toc14096012)

[H. Cómo obtener ayuda 20](#_Toc14096013)

[H1. Obteniéndo ayuda de <plan name> 20](#_Toc14096014)

[H2. Obteniéndo ayuda del programa Ombuds de Cal MediConnect 21](#_Toc14096015)

[H3. Obteniéndo ayuda del Programa de asesoría y defensa del seguro de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). 21](#_Toc14096016)

[H4. Cómo obtener ayuda de Medicare 21](#_Toc14096017)

[H5. Obteniendo ayuda del Departamento de cuidados de salud administrados de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) 22](#_Toc14096018)

A. Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance*.]
* [*Plans may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.*]

B. Revisando su cobertura de Medicare y Medi-Cal para el año próximo

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, es posible que usted pueda dejar el plan. Lea la Sección G2 para más información.

Si decide abandonar <plan name>, su participación terminará el último día del mes en que usted haga su pedido.

Si abandona nuestro plan, usted seguirá en los programas de Medicare y Medi-Cal siempre que sea elegible.

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página <page number> para ver sus opciones).
* Usted seguirá inscrito en [insert sponsor name] para sus beneficios de Medi-Cal. (lea más información en <page number>).

|  |
| --- |
| B1. Recursos adicionales  * ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [*insert Member Services phone and TTY numbers, and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and any other non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation*.] * Puede obtener [Insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. * [Plans also must simply describe:   + how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,   + how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, and   + how a member can change a standing request for preferred language and/or format.]  B2. Información sobre <plan name>  * [Insert plan’s legal or marketing name] es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal, para ofrecer los beneficios de ambos programas a los inscritos. * La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura mínima esencial” (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](file:///C:/Users/573139/AppData/Roaming/Microsoft/Word/www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida. * <Plan name> lo ofrece [insert sponsor name]. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa [insert sponsor name]. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa <plan name>.   ***B3. Cosas importantes que hacer:*** |
| B3. Cosas importantes que hacer:  * **Revise si hay algún cambio a nuestros beneficios** [*insert if applicable:***y costos**]**, que pueda afectarle.** * ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa? * Es importante revisar los cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo. * Busque en las secciones <section number> [*plans may insert reference, as applicable*] y <section number> [*plans may insert reference, as applicable*] la información sobre cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] de nuestro plan. * **Revise si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos de receta que pueda afectarle.** * ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente [*Insert if applicable:* de costo compartido]? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? * Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo. * Busque en la sección <section number> [*plans may insert reference, as applicable*] la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos. * Los costos de su medicamento pueden haber aumentado desde el último año. * Hable con su médico sobre alternativas con costos más bajos que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. * Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año tras año. * Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de su medicamento. * **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.** * ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa? * Busque en la sección <section number> [*plans may insert reference, as applicable*] la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. * **Piense en los costos generales del plan.** * [*Insert if applicable:* ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos de receta que toma regularmente?] * ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura? * **Piense si está contento con nuestro plan.** |

| **Si decide quedarse en <2020 plan name>:** | **Si decide cambiar de plan:** |
| --- | --- |
| Si desea quedarse con nosotros el año próximo, es fácil, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan. | [Plans should revise this paragraph as necessary] Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, usted puede cambiar de planes en cualquier momento. Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección <section number>, en la página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para saber más sobre sus opciones. |

C. Cambios al nombre del plan

[Plans that are not changing the plan name, delete this section. Plans with an anticipated name change at a time other than January 1 may modify the date below as necessary.]

El 1º de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de <2019 plan name> a <2020 plan name>.

[Insert language to inform members whether they will get new Member ID Cards and how, as well as how the name change will affect any other member communication.]

D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red

[Plans with no changes to network providers and pharmacies insert: No hemos hecho ningún cambio a nuestra red de proveedores y farmacias para el año próximo.

Sin embargo, es importante que usted sepa de podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tendrá ciertos derechos y protecciones. Lea más información en el Capítulo 3 de su Manual del miembro.]

[Plans with changes to provider and/or pharmacy networks, as described in Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance, insert: Nuestra red de[insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] ha cambiado para 2020.

Le recomendamos mucho que **revise su Directorio de proveedores y farmacias actual para ver si** sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red.Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> para pedir información actualizada o para pedir que le envíen por correo un Directorio de proveedores y farmacias.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Encontrará más información en el Capítulo 3 de su Manual del miembro.]

E. Cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos] para el año próximo

## E1. Cambios a los beneficios [insert if applicable: y costos] para los servicios médicos

[If there are no changes in benefits or in cost sharing, replace the rest of the section with: No hay cambios a sus beneficios [insert if applicable: o a las cantidades que paga] por servicios médicos. Nuestros beneficios [insert if applicable: y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos] serán exactamente iguales en 2020 que en 2019.]

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos [insert if applicable: y lo que usted paga por estos servicios cubiertos] el año próximo. La tabla siguiente describe estos cambios.

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2019 benefits that will end for 2020,
* new or changing limitations or restrictions, including prior authorizations, on benefits for 2020, and
* all changes in cost sharing for 2020 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums.]

|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| **[Insert benefit name]** | [For benefits that were not covered in 2019, insert: [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a copay insert: Usted hace un copago de **$<2019 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] | [For benefits that will not be covered in 2020, insert: [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a copay insert: Usted hace un copago de **$<2020 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] |
| **[Insert benefit name]** | [Insert 2019 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2020 cost or coverage, using format described above.] |

## 

## E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta

### Cambios a nuestra Lista de medicamentos

[Plans that did not include a List of Covered Drugs in the envelope, insert: Recibirá una Lista de medicamentos cubiertos de 2020 en un envío por separado].

[*Plans that did not include a List of Covered Drugs in the envelope and will not mail it separately unless requested, insert:* Una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestro sitio web en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> para información de medicamentos actualizada o para pedir que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos*.]

[Plans that included a List of Covered Drugs in the envelope, insert: Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de 2020 en este sobre.] La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de medicamentos”.

[Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with: No hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos para el año siguiente. Los medicamentos que están en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2020 que en 2019. Sin embargo, se nos permite hacer cambios a la Lista de medicamentos en cualquier momento durante el año, con la aprobación de Medicare o el estado. Lea más información en la Lista de medicamentos de 2020.]

[*Plans that offer indication-based formulary design must include*: Si cubrimos un medicamento para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la Lista de medicamentos y en el Buscador de Planes de Medicare junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas*.*]

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos **para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año siguiente** y para ver si hay alguna restricción.

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

* Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferenteque sí cubrimos.
* Puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> [*insert if applicable:* o comuníquese con su coordinador de cuidados] para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use.]
* Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
* [Plans should include the following language if they have an advance transition process for current members:]Trabaje con su médico (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepciónpara cubrir el medicamento.
* Puede pedir una excepción antes del año siguiente y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
* Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del miembro de 2020* [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro al <phone number>.
* Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro [insert if applicable: o su coordinador de cuidados]. Lea el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del *Manual del miembro* para aprender más sobre como comunicarse con su coordinador de cuidados. [Plans should replace the term “care coordinator” with the term they use.]
* [Plans should include the following language if all current members will not be transitioned in advance for the following year:]Pida al plan que cubra un suministro temporero del medicamento.
* En algunas situaciones, cubriremos un suministro temporero que se hace **una sola vez** del medicamento durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
* Este suministro temporero será de hasta [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días**.** (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporero y cómo pedirlo, lea el Capítulo 5 del *Manual del miembro* [plans may insert reference, as applicable].)
* Cuando usted reciba un suministro temporero de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acaba su suministro temporero. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]

[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]

### Cambios a los costos de los medicamentos de receta [option for plans with two drug payment stages]

[Plans with two payment stages (i.e., those charging LIS cost-shares in the initial coverage stage), should include the following information in the ANOC.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios a las cantidades que paga por medicamentos de receta en 2020. Lea más información abajo sobre su cobertura de medicamentos de receta.]

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de receta de Medicare Parte D bajo <2020 plan name>. La cantidad que usted pague depende de en qué etapa esté cuando surte o resurte una receta. Las dos etapas son:

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapa 1**  **Etapa de cobertura inicial** | **Etapa 2**  **Etapa de cobertura catastrófica** |
| Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago.  Usted inicia esta etapa cuando surte su primera receta del año. | Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2020.  Usted comienza esta etapa cuando ya pagó cierta cantidad de costos de bolsillo. |

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de sus costos de bolsillo para sus medicamentos de receta alcanza los [*insert as applicable****:* $<initial coverage limit>** *or* **$<TrOOP amount*>***]. En ese momento, la Etapa de cobertura catastrófica comienza. El plan paga todos sus gastos por medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Lea el Capítulo 6 de su *Manual del miembro* para más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de receta.

## E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se llama copago. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Usted hará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el costo más bajo.

[Insert if applicable: **Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel más alto o más bajo**. Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso pudiera afectar su copago. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.]

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros <number of tiers> niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **sólo** durante el tiempo en el que está en la etapa de cobertura inicial.

[Plans must list all drug tiers in the following table.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| **Medicamentos en el Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |
| **Medicamentos en el Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |

La Etapa de cobertura inicial termina cuando sus costos de bolsillo totales alcanzan [insert as applicable: **$<initial coverage limit> or $<TrOOP amount**>]*.* En ese punto, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. El plan cubre todos sus costos de medicamentos desde ese momento hasta el fin del año. Lea el Capítulo 6 para más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de recetas.

## E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo [*insert:* **$<TrOOP amount>**] para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted seguirá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

[Plans with an out-of-pocket limit on **all** drug spending, delete the following sentence:]

### Cambios a los costos de medicamentos de receta [option for plans with a single payment stage]

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Part D drugs), include the following information.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios en 2020 a la cantidad que usted paga por medicamentos de receta. Lea más información abajo sobre su cobertura de medicamentos de receta.]

[Insert if applicable: **Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel**. [Insert if applicable: Si sus medicamentos se mueven de un nivel a otro, eso pudiera afectar su copago.] Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.]

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros <number of tiers> niveles de medicamentos.

[Plans must list all drug tiers in the following table.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |
| **Medicamentos del Nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo del suministro para un mes de un medicamento del Nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |

F. Cambios administrativos

[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., change in contract or PBP number) may insert this section, include an introductory sentence that explains the general nature of administrative changes, and describe the specific changes in the table below.]

|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2019 administrative description] | [Insert 2020 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2019 administrative description] | [Insert 2020 administrative description] |

G. Cómo elegir un plan

## G1. Cómo quedarse en nuestro plan

Esperamos que siga como miembro con nosotros el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en nuestro plan. Si usted no cambia a un Plan de Medicare Advantage o se cambia a Original Medicare, se quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan durante 2020.

## G2. Cómo dejar a <plan name>

[*Plans in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible members (duals SEP) insert:* Usted puede terminar su participación en cualquier momento durante el año inscribiéndose a otro Plan de Medicare Advantage o cambiándose a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the duals SEP effective 2020, insert:* La mayoría de personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Porque usted tiene Medi-Cal, usted puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **Periodos especiales de inscripción**:

* enero a marzo
* abril a junio
* julio a septiembre

Además de estos tres Periodos especiales de inscripción, usted también puede terminar su participación en nuestro plan durante los siguientes periodos:

* El **Periodo de Inscripción Anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
* El **Periodo de Inscripción Abierta para Medicare Advantage**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en el plan nuevo comenzará el primer día del próximo mes.

Pueden haber otras situaciones en las que usted es elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

* Medicare o California lo ha inscrito en un plan de Cal MediConnect,
* Su elegibilidad para Medi-Cal o Ayuda Adicional ha cambiado,
* Usted está recibiendo cuidado en un asilo de ancianos o en un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Usted se ha mudado.]

Si deja <plan name>, y no se inscribe en un plan de Medicare Advantage, usted volverá a obtener sus servicios de Medicare y Medi-Cal por separado.

Usted seguirá recibiendo sus servicios de Medi-Cal a través de [insert sponsor name]. Sus servicios de Medi-Cal incluyen casi todos los servicios y respaldos a largo plazo y el cuidado de salud del comportamiento. [Plans may add the specific Medi-Cal services they provide.]

Usted tendrá tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted terminará automáticamente su participación en nuestro plan Cal MediConnect:

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage o, si usted cumple con los requisitos de elegibilidad y vive dentro del área de servicio, un Programa de cobertura total de salud para personas de la tercera edad (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Para preguntas sobre PACE, llame al 1‑855-921-PACE (7223).  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.   Su inscripción en <plan name> terminará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*]Visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.   Su inscripción en <plan name> terminará automáticamente cuando comience la cobertura de su Original Medicare. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado**  **NOTA:** Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Solamente debe abandonar su cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si usted tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Pograma California Health Insurance Counseling and Advocacy (Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa California Health Insurance Counseling and Advocacy (Asesoría y defensa de seguros de salud de California, HICAP) al 1-800-434-0222, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. [*TTY phone number is optional.*] Visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.   Su inscripción en <plan name> terminará automáticamente cuando comience la cobertura de su Original Medicare. |

H. Cómo obtener ayuda

## H1. Obteniendo ayuda de <plan name>

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al miembro al <phone number> (sólo para TTY, llame al <TTY number>). Estamos disponibles para llamadas telefónicas <days and hours of operation>. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Su *Manual del miembro de 2020*

El *Manual del miembro de 2020* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios [insert if applicable: y costos] del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

[If the ANOC is sent or provided separately from the Member Handbook, include the following: El Manual del miembro de 2020 estará disponible a más tardar el 15 de octubre.][Insert if applicable: También puede revisar el Member Handbook <adjunto **or** anexado **or** enviado por correo de manera separada> para ver si le afectan otros cambios de beneficio [insert if applicable: o costo].] La copia más actualizada del *Manual del miembro de 2020* se encuentra en nuestro sitio web en <web address>. También puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> para pedirnos que le enviemos un *Manual del miembro de 2020*.

### Nuestro sitio web

Usted también puede ir a nuestro sitio web en <web address>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

## H2. Obteniendo ayuda del programa Ombuds de Cal MediConnect

El programa Ombuds de Cal MediConnect puede ayudarle, si tiene algún problema con <plan name>. Los servicios del ombudsman son gratuitos. El programa Ombuds de Cal MediConnect:

* Trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
* Asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
* No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o algún plan de seguro de salud. El teléfono del Ombuds de Cal MediConnect es el 1‑855-501-3077.

## H3. Obteniendo ayuda del Programa de asesoría y defensa del seguro de salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

También puede llamar al Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP, por sus siglas en inglés). En California, el SHIP se llama Programa de asesoría y defensa del seguro de salud (HICAP). Los consejeros de HICAP pueden ayudarle a entender sus opciones de su plan Medicare y responder a sus preguntas sobre cómo cambiar de plan. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni un plan de salud. HICAP tiene consejeros capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es el 1-800-434-0222. [*TTY phone number is optional.*] Visite <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>, para encontrar más información o una oficina local de HICAP en su área.

## H4. Obteniendo ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### El sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<http://es.medicare.gov>).

Si usted decide cancelar su inscripción en el plan Cal MediConnect e inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los Planes de Medicare Advantage.

Usted puede encontrar información sobre los Planes de Medicare Advantage que hay en su área al usar el “Buscador de planes de Medicare” en el sitio web de Medicare. (Para leer la información de los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.)

### *Medicare y usted 2020*

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2020*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

[Plans with Medi-Cal products not subject to Knox-Keene licensure requirements should remove this section.]

## H5. Obteniendo ayuda del Departamento de cuidados de salud administrados de California (California Department of Managed Health Care, DMHC)

El departamento de cuidados de salud administrado (Department of Managed Health Care) de California es responsable de regular los planes de servicios de cuidados de salud. Si tiene alguna queja contra su plan de salud, usted debería llamar primero a su plan al [insert health plan's telephone number] y usar el proceso de quejas de su plan de salud, antes de comunicarse con el departamento. **El uso de este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o remedios legales potenciales que puedan estar a su disposición.**

Si necesita ayuda con alguna queja sobre un asunto urgente, una queja que su plan de salud no ha resuelto satisfactoriamente o si alguna queja ha quedado sin resolución por más de 30 días, usted podrá llamar al departamento para pedir ayuda. Si necesita ayuda urgente, puede llamar primero al Departamento, sin presentar previamente una queja a su plan de salud.

Posiblemente usted también sea elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para IMR, éste proceso proveerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que haya tomado un plan de salud, en cuanto a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto; decisiones de cobertura para tratamientos de naturaleza experimental o de investigación y conflictos sobre el pago de emergencias o servicios médicos de urgencia.

EL departamento también tiene un número gratuito (1-888-HMO-2219) y una línea TTY (1-877-688-9891), para las personas con problemas para oír o hablar. El sitio web del departamento, [http://www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov/), tiene formularios para quejas, una solicitud de IMR e instrucciones en internet.