Instructions to Health Plans

* [Plans may include the ANOC in the 2019 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 Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]
* [Where “Healthy Connections” or “Medicaid” is referenced (except where it is used in "Medicare-Medicaid Plan"), the term “Healthy Connections Medicaid” must be used. However, the first instance of “Healthy Connections Medicaid” in the document should include “South Carolina” (i.e., “South Carolina Healthy Connections Medicaid”).]
* [Plans should follow the instructions in the Medicare Marketing Guidelines and the State’s specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.]
* [*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 2019 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/TDD 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 2019**

[**Optional:** insert beneficiary name]  
[**Optional:** insert beneficiary address]

**Introducción**

[If there are any changes to the plan for 2019, insert: Usted está inscrito como miembro de <plan name>. **El** próximo año, se realizarán cambios en[insert as applicable: los beneficios, la cobertura, las reglas [y] los costos] del plan. [insert as applicable: Esta sección o documento] le brinda información 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 2019 (e.g. no changes to benefits, coverage, rules, costs, networks, etc.), insert: Usted está inscrito como miembro de <plan name>. El próximo año, no habrá cambios en los beneficios, la cobertura, [y] las reglas del plan [insert if applicable: y los costos]. Sin embargo, igual deberá leer esta [insert as applicable: sección o documento] para obtener información 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](#_Toc520364951)

[B. Revisando su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo 5](#_Toc520364952)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc520364953)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc520364954)

[B3. Cosas importantes para hacer: 7](#_Toc520364955)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc520364956)

[D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red 8](#_Toc520364957)

[E. Cambios en los beneficios [*insert if applicable:* y los costos] para el año próximo 9](#_Toc520364958)

[E1. Cambios en los beneficios [*insert if applicable:* y los costos] de los servicios médicos 9](#_Toc520364959)

[E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados 10](#_Toc520364960)

[E3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial" 13](#_Toc520364961)

[E4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica" 14](#_Toc520364962)

[F. Cambios administrativos 16](#_Toc520364963)

[G. Cómo elegir un plan 16](#_Toc520364964)

[G1. Cómo continuar en nuestro plan 16](#_Toc520364965)

[G2. Cómo cambiar de plan 17](#_Toc520364966)

[H. Cómo obtener ayuda 21](#_Toc520364967)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 21](#_Toc520364968)

[H2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción del estado, South Carolina Healthy Connections Choices 22](#_Toc520364969)

[H3. Cómo obtener ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime 22](#_Toc520364970)

[H4. Cómo obtener ayuda de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP, en inglés) 22](#_Toc520364971)

[H5. Cómo obtener ayuda de Medicare 23](#_Toc520364972)

[H6. Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid 23](#_Toc520364973)

1. 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.]

1. Revisando su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo

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

Si abandona nuestro plan, continuará en los programas Medicare y Healthy Connections Medicaid siempre y cuando sea elegible.

* Si abandona nuestro plan, puede optar por inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente o puede volver a recibir los servicios de Medicare y Healthy Connections Medicaid por separado.
* Si no desea inscribirse en un plan Medicare-Medicaid diferente, podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página <page number> para ver sus opciones).

**NOTA:** Si usted está inscrito en un plan de administración de medicamentos, es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5 [plans may insert reference, as applicable] de su *Manual del Miembro* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

| B1. Recursos adicionales   * ATENCIÓN: Si su idioma es [*insert language of the disclaimer*], hay servicios de ayuda gratuitos disponibles en su idioma. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish and all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation*.] * Puede recibir esta [insert as applicable: sección **o** documento] gratis en otros formatos, por ejemplo, con letras grandes, en braille o en audio. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. * [*Plans must also describe how members can make a standing request to get this document, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format.*]   B2. Información sobre <plan name>   * <Plan’s legal or marketing name> es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a sus afiliados. * La cobertura de <plan name> califica como cobertura mínima esencial (MEC). Cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de impuestos internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC. * <Plan name> es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros,” “a nosotros” o “nuestro,” significa [insert sponsor name]. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa <plan name>*.* |
| --- |

|  |
| --- |
| B3. Cosas importantes para hacer: |
| * **Revise si hay algún cambio en 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 los 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 en los beneficios [insert if applicable: y los costos] para nuestro plan. * **Revise si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda afectarle.**   + ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente [*insert if applicable*: costo compartido] ? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?   + Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el año próximo.   + Lea la sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos. * **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**   + ¿Sus médicos están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa?   + Lea la sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.* * **Piense en sus costos generales en el plan.**   + [*Insert if applicable:* ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que usa con regularidad?]   + ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura? * **Piense si está contento con nuestro plan.** |

| **Si decide continuar en <2019 plan name>:** | Si decide cambiar de plan: |
| --- | --- |
| Si desea continuar con nosotros el próximo año – no debe 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, es posible que pueda cambiar de plan (lea la sección G2 para más información). 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 additional reference, as applicable] para más información 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 1 de enero de 2019, nuestro plan pasará de llamarse <2018 plan name> a <2019 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 beneficiary communication.]

D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red

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

No obstante, es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 3 del Manual para miembros.]

[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[s] red[es] de[insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] [insert as applicable: ha o han] cambiado para 2019.

**Le recomendamos que revise el 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>. 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 podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el capítulo 3 del *Manual para miembros*.]

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

E1. Cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] de los servicios médicos

[If there are no changes in benefits or in cost sharing, replace the rest of the section with: No hay cambios en sus beneficios [insert if applicable: o los montos que usted paga] por los servicios médicos. Nuestros beneficios [insert if applicable: y lo que usted paga por estos servicios médicos cubiertos] serán exactamente los mismos en 2019 que en 2018.]

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

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2018 benefits that will end for 2019;
* new limitations or restrictions on benefits for 2019; and
* all changes in cost sharing for 2019 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums.]

|  | **2018 (este año)** | **2019 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| **[Insert benefit name]** | [For benefits that were not covered in 2018, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a  copay insert:  Usted paga un copago de **$<2018  copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].] | [For benefits that will not be covered in 2019, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a  copay insert:  Usted paga un copago de **$<2019  copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].] |
| **[Insert benefit name]** | [Insert 2018 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2019 cost or coverage, using format described above.] |

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

**Cambios en nuestra lista de medicamentos**

[*Plans that did not include a List of Covered Drugs in the envelope, insert*: Usted recibirá una *Lista de medicamentos cubiertos* 2019 en un correo 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 actualizada de medicamentos 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* 2019 en este sobre.] La *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina "Lista de medicamentos".

[Plans with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with: No hemos hecho ningún cambio a nuestra Lista de medicamentos para el año próximo. Los medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos serán los mismas en 2019 que en 2018. 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. Para más información, lea la Lista de medicamentos 2019.]

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en 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 próximo** y para saber si hay alguna restricción.

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

* Hablar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
  + Puede llamar a Servicios al miembro al <phone number> > [insert if applicable: o comuníquese con su coordinador de cuidados/administrador de cuidados (plan’s preference)] para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.
  + Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.
* [Plans should include the following language if they have an advance transition process for current members:]Hablar con su médico (u otro proveedor) y pedir que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento.
  + Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta a más tardar en 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
  + Para obtener más información sobre lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del miembro 2019* [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al miembro al <phone number>.
  + Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al miembro [care coordinator/care manager (plan’s preference)]. Lea los Capítulos 2 y 3 del *Manual del miembro* para más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidados. [Plans should include the following language if all current members will be transitioned in advance for the following year:]
* Pedir al plan que cubra un suministro temporero del medicamento.
  + En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporero** durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
  + Este suministro temporero será para hasta [inseart supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días. (Para obtener más información 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 reciba un suministro temporero de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción 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 en los costos de los medicamentos recetados** [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 en 2019 en la cantidad que usted paga por los medicamentos recetados. Para más información, lea a continuación sobre su cobertura de medicamentos recetados.]

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare con <2019 plan name>. La cantidad que usted paga depende de la etapa en que esté cuando surta o resurta 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. Su parte se llama copago.  Esta etapa comienza 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 2019.  Esta etapa comienza cuando ya haya pagado 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 empieza. 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 recetados cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Pagará un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted pagará el precio más bajo.

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

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

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

|  | **2018 (este año)** | **2019 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos en el nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2018 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX>** **por receta**.] |
| **Medicamentos en el nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2018 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX>** **por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX>** **por receta**.] |

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

E4. Etapa 2: "Etapa de cobertura catastrófica"

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

* [*Plans that do not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language:* Cuando está en la Etapa de cobertura catastrófica, seguirá teniendo copagos por los medicamentos cubiertos por Medicaid.]
* [*Plans that do not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language:* Para encontrar más información sobre cuáles de sus medicamentos están cubiertos por Medicaid versus los cubiertos por Medicare, consulte la Lista de Medicamentos cubiertos, [plans may insert reference, as applicable].]

**Cambios en los costos de los medicamentos recetados** [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 2019 en la cantidad que usted paga por los medicamentos recetados. Para más información, lea a continuación sobre su cobertura de medicamentos recetados.]

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

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

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

|  | 2018 (este año) | **2019 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos en el nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2018 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |
| **Medicamentos en el nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2018 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago para un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |

F. Cambios administrativos

[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (e.g., changes in prior authorization requirements, 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.]

|  | **2018 (este año)** | **2019 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2018 administrative description] | [Insert 2019 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2018 administrative description] | [Insert 2019 administrative description] |

G. Cómo elegir un plan

G1. Cómo continuar en nuestro plan

Esperamos que siga como nuestro miembro el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para continuar en nuestro plan.Si usted no se inscribe en un plan Medicare-Medicaid diferente, se cambia a un plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan durante 2019.

G2. Cómo cambiar de plan

[*Plans in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible beneficiaries (duals SEP) insert:* Puede terminar su membresía en cualquier momento durante el año al inscribirse en otro plan Medicare Advantage, inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid o pasar a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* La mayoría de las personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Porque usted tiene Healthy Connections Medicaid, 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 períodos:

* El **Per**i**odo** **de Inscripción Anual,** que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
* El **Per**i**odo de Inscripción Abierta para Medicare Advantage,** que duradesde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este periodo, su participación en el plan nuevo empezará 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 el estado de South Carolina lo ha inscrito en un plan de Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Healthy Connectiions Medicaid 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.]

**NOTA**: Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que usted no pueda inscribirse a un plan diferente. Lea el Capítulo 5 [*plans may insert reference, as applicable*] de su *Manual del miembro* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Generalmente, la membresía en nuestro plan se concluye de estas cuatro maneras:

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Puede cambiar a:**  **Un plan Medicare-Medicaid diferente** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670. Informe que desea dejar <plan name> e inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid. Si no está seguro de en qué plan desea inscribirse, pueden darle información sobre otros planes en su área.  Su cobertura de <plan name> terminará el último día del mes en que recibimos la solicitud. |
| **2. Puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare (como un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidado integral para ancianos (PACE))** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 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 estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Carolina del Sur, se llama programa de Asistencia y derivaciones de asesoramiento de seguro para ancianos (I-CARE).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience su nueva cobertura. |
| **3. Puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 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 estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Carolina del Sur, se llama programa de Asistencia y derivaciones de asesoramiento de seguro para ancianos (I-CARE).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. |
| **4. Puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Solo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su programa <name of SHIP program> al <phone number>. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 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 estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) al 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. En Carolina del Sur, se llama programa de Asistencia y derivaciones de asesoramiento de seguro para ancianos (I-CARE).   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original. |

H. Cómo obtener ayuda

H1. Cómo obtener ayuda de <plan name>

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al miembro al <phone number> (para TTY solamente, llame al <TTY number>). Estamos disponibles para llamadas telefónicas <days and hours of operation>.

**Su *Manual del miembro 2019***

El *Manual del miembro* *2019* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Contiene detalles sobre los beneficios del próximo año [*insert if applicable:* y los costos]. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos.

[If the ANOC is sent or provided separately from the Member Handbook, include the following: El Manual del miembro 2019 estará disponible antes del 15 de octubre.] La copia más actualizada del *Manual del miembro 2019* se encuentra disponible 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* *2019* por correo.

**Nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en <web address>. A modo de 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. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción del estado, South Carolina Healthy Connections Choices

El agente de inscripción ayuda a las personas a elegir entre los diferentes planes Medicare-Medicaid, inscribirse, cambiar de plan o cancelar la inscripción. El agente de inscripción se llama South Carolina Healthy Connections Choices y no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Puede llamar a South Carolina Healthy Connections Choices al 1-877-552-4642, de lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-552-4670.

H3. Cómo obtener ayuda del Defensor de Healthy Connections Prime

El Defensor de Healthy Connections Prime es un programa ombudsman que ayuda a los afiliados de Healthy Connections Prime con los problemas de servicios o facturación. El Defensor de Healthy Connections Prime puede ayudarlo si tiene un problema con <plan name>. Los servicios del ombudsman son gratuitos.

* El Defensor de Healthy Connections Prime en un programa de defensoría que 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.
* El Defensor de Healthy Connections Prime asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
* Este no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono del Defensor de Healthy Connections Prime es 1-844-477-4632. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

H4. Cómo obtener ayuda de su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP, en inglés)

También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). En Carolina del Sur, se llama programa de Asistencia y derivaciones de asesoramiento de seguro para ancianos (I-CARE). Los consejeros de I-CARE pueden ayudarle a entender sus opciones de su plan de Medicare-Medicaid y responder preguntas sobre cambiando planes. I-CARE no está vinculado con ninguna otra compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono de I-CARE es 1-800-868-9095. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

H5. Cómo obtener 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, los 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 ([https://www.medicare.gov](https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)). Si decide cancelar su inscripción en el plan Medicare-Medicaid e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage.

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 <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Planes de salud y medicamentos”.)

***Medicare y usted 2019***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Enviamos este folleto a las personas que tienen Medicare todos los años, en el otoño. Contiene 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 ([http://es.medicare.gov/](https://es.medicare.gov/)) o llamar al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑877‑486‑2048.

H6. Cómo obtener ayuda de Healthy Connections Medicaid

El número de teléfono de Healthy Connections Medicaid es 1-888-549-0820. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-842-3620.

[Plans may insert similar sections for the QIO or additional resources that might be available.]