

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850



MEDICARE ENROLLMENT & APPEALS GROUP

DATE: October 25, 2016

TO: Affected Medicare Advantage Organizations

FROM: Michael Crochunis
Acting Director

SUBJECT: CMS Mailing to Enrollees in Consistently Low Performing Plans

The Centers for Medicare & Medicaid Services' (CMS) goal is to facilitate beneficiary enrollment into higher quality plans. To promote this goal, we will again be issuing notices to individuals enrolled in plans with less than three stars for three consecutive years. The notice will alert beneficiaries to the sponsor or organization's low rating and encourage them to review higher rated plan options during the annual election period (AEP). The notice also informs enrollees of an opportunity to contact CMS to request a special enrollment period (SEP) to move into a higher quality plan in 2017.

CMS anticipates that this notice will be mailed to current enrollees in late-October. A Spanish version of this notice will be sent to beneficiaries who have identified Spanish as their preferred language. Both notices are attached for your reference.

Organizations whose membership will receive this notice are not prohibited from developing their own outreach materials in response to the mailing. While outreach materials may focus on the efforts of the organization to improve its Star Ratings, they cannot dispute the assignment or validity of the low rating, question the importance of CMS' Star Ratings, or imply that enrollees are responsible for the organization's low rating. In order to ensure that organization messaging is in compliance with our requirements, all outreach materials must be submitted for CMS review and approval prior to distribution. If identical materials have been previously reviewed and approved by CMS, they do not need to be resubmitted and approved before distribution. All materials will be reviewed as expeditiously as possible and may not be used until approval is received. Materials should not be input into HPMS, but rather sent directly to your Account Manager with a copy to Kristy Nishimoto at kristy.nishimoto@cms.hhs.gov.

For questions regarding this notice, please contact Kristy Nishimoto at kristy.nishimoto@cms.hhs.gov and copy your CMS Account Manager.



7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244-1850

<BENEFICIARY NAME>
<ADDRESS>
<CITY STATE ZIP>

HICN <1234>
October 2016

Important Information About Your Medicare Plan Options

Each year the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) gives Star Ratings to Medicare health and drug plans. These ratings help you compare plans based on their quality and performance. You're getting this notice because the Medicare plan you are enrolled in is a consistently low-rated plan. **You have the option to switch plans every year during Open Enrollment from October 15 to December 7.**

Star Ratings & Your Plan

Medicare plan Star Ratings are based on a number of factors, like:

- Member experience with the plan;
- Plan customer service, including how well the plan handles appeals; and
- Member complaints and how often Medicare found problems with the plan.

A plan can get an overall rating between 1 and 5 stars.			
(Some plans may be too new or not have enough information to be rated.)			
★★★★★	"Excellent"	★★	"Below average"
★★★★	"Above average"	★	"Poor"
★★★	"Average"		

While most Medicare plans are rated as "excellent," "above average," or "average," a small number of plans are rated "below average" or "poor." Your plan, <PLAN NAME>, has been rated "below average" or "poor" for at least the last three years. **CMS encourages you to compare your current plan to the other options available in your area and decide if it is still the right choice for you.**

What to Do Next

1. Think about your health and prescription drug needs for the coming year.
2. Visit the Medicare Plan Finder at Medicare.gov/find-a-plan to find and compare plans in your area.
3. If you decide that the plan you have now is still the right choice, you don't have to do anything.

Comparing Plans

You should review your Medicare health or drug plan annually because coverage can change from year to year, and so can your health and finances. When comparing plans it's important to consider these factors:

1. How much are your premiums, deductibles, and other costs?
2. Are the services or prescription drugs you need covered?
3. Do your doctors, pharmacies, and other health care providers accept the plan?
4. What is the plan's Star Rating?

Changing Plans

- You can change plans at any time during Open Enrollment (October 15 - December 7), and your new coverage will start on January 1. To change plans:
 - Call the new plan directly,
 - Go to Medicare.gov to enroll in the new plan, or
 - Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- After January 1, if you didn't change plans during Open Enrollment, you have a one-time chance to choose and enroll in a new plan that is not rated "below average" or "poor." Call 1-800-MEDICARE to make a change. Your new coverage will start the first day of the month after you call.

Get Help & More Information

To get help with your choices, call 1-800-MEDICARE. TTY users should call 1-877-486-2048. You can also call your local Office on Aging or your State Health Insurance Assistance Program at <SHIP Phone Number> for free, personalized health insurance counseling.

¿Necesita usted una copia de este aviso en Español? Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

CMS does not discriminate in its programs and activities. To request this notice in an alternative format, please call: 1-800-MEDICARE or email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.



7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244-1850

<BENEFICIARY NAME>
<ADDRESS>
<CITY STATE ZIP>

HICN <1234>
Octubre 2016

Información Importante Sobre Sus Opciones de Planes Medicare

Cada año, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) da clasificaciones con estrellas a los planes de salud y medicamentos de Medicare. Estas clasificaciones ayudan a comparar los planes en función de su calidad y rendimiento. Usted está recibiendo este aviso porque el plan de Medicare en que está inscrito es un plan que tiene constantemente una evaluación baja. **Usted tiene la opción de cambiar de plan cada año durante la inscripción abierta del 15 de octubre al 7 de diciembre.**

Calificaciones por estrellas y su plan

Las calificaciones de los planes se basan en una serie de factores, tales como:

- Experiencia de los miembros con el plan;
- Plan de atención al cliente, incluyendo qué tan bien el plan maneja las apelaciones; y
- Quejas de los miembros y la frecuencia con que Medicare encuentra problemas con el plan.

Un plan puede tener una calificación entre 1 y 5 estrellas. (Algunos planes pueden ser demasiado nuevos o no tienen información suficiente para ser clasificados.)

★★★★★	“Excelente”	★★	“Debajo del promedio”
★★★★	“Encima del promedio”	★	“Malo”
★★★	“Promedio”		

Aunque la mayoría de los planes de Medicare se han valorado como "excelentes", "sobre el promedio" o "promedio", un pequeño número de planes son clasificados de "debajo del promedio" o "malo". Su plan, <PLAN NAME> ha sido clasificado por un mínimo de tres años como “debajo del promedio” o “malo”. **CMS le recomienda que compare su plan actual con otras opciones disponibles en su área y decida si este plan sigue siendo su mejor opción.**

Qué Hacer Después

1. Piense en su salud y sus necesidades de medicamentos recetados para el próximo año.
2. Visite el Buscador de planes de Medicare en Medicare.gov/find-a-plan para encontrar y comparar planes en su área.
3. Si decide que el plan que tiene ahora sigue siendo la mejor opción, usted no tiene que hacer nada.

Comparación de los Planes

Debe revisar su plan médico o de medicamentos de Medicare anualmente porque la cobertura puede variar cada año así como su salud y sus finanzas. Al comparar los planes es importante tener en cuenta estos factores:

1. ¿Cuánto cuestan sus primas, deducibles y otros costos?
2. ¿Están cubiertos los servicios o los medicamentos recetados que necesita?
3. ¿Sus médicos, farmacias y otros proveedores de cuidados de la salud aceptan el plan?
4. ¿Qué es la Calificación por estrellas del plan?

Si Quiere Cambiar de Plan

- Usted puede cambiar de plan durante el Período de Inscripción Abierta del (15 de octubre al 7 de diciembre) y su nueva cobertura comenzará el 1 de enero. Para cambiar de planes:
 - Llame directamente al nuevo plan.
 - También puede visitar Medicare.gov para inscribirse en un nuevo plan o
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Después del 1 de enero, si no ha cambiado de planes todavía durante la Inscripción Abierta, usted tiene una sola oportunidad de elegir e inscribirse en un plan que no está calificado como “debajo del promedio” o “malo.” Llame al 1-800-MEDICARE para hacer el cambio. Su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente de haber llamado.

Para Ayuda y Más Información

Para obtener ayuda con sus opciones, llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1 877-486-2048. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés) al <SHIP phone number> de manera gratuita, para asesoramiento personalizado de seguro médico.

To get a copy of this notice in English, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

Usted tiene el derecho a obtener la información de este paquete en un formato alternativo. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para obtener este aviso en un formato alternativo, por favor llame al: 1-800-MEDICARE o por correo electrónico al: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.