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.]
* [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 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 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.]

**<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 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 donde 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 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](#_Toc519537411)

[B. Revisando su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo 5](#_Toc519537412)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc519537413)

[B2. Sobre <plan name> 6](#_Toc519537414)

[B3. Cosas importantes que hacer: 8](#_Toc519537415)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc519537416)

[D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red 8](#_Toc519537417)

[E. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] para el año próximo 9](#_Toc519537418)

[E1. Cambios a los beneficios [*insert if applicable:* y costos] para los servicios médicos 9](#_Toc519537419)

[E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta 10](#_Toc519537420)

[E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” 13](#_Toc519537421)

[E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” 14](#_Toc519537422)

[F. Cambios administrativos 16](#_Toc519537423)

[G. Cómo elegir un plan 17](#_Toc519537424)

[G1. Cómo quedarse en <our plan name> 17](#_Toc519537425)

[G2. Cómo cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente 17](#_Toc519537426)

[G3. Si quiere cambiar su participación en <plan name> 18](#_Toc519537427)

[H. Cómo obtener ayuda 22](#_Toc519537428)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 22](#_Toc519537429)

[H2. Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid 22](#_Toc519537430)

[H3. Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio 22](#_Toc519537431)

[H4. Cómo obtener ayuda de Medicare 23](#_Toc519537432)

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 Medicaid 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, usted podríadejar el plan. Consulte la sección G2 para más información.

Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Medicaid, siempre que sea elegible.

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (vaya a la página <page number> para ver sus opciones).
* Usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de un plan de cuidados administrados de MyCare Ohio (vaya a la página <page number> para encontrar información adicional).

**NOTA:** Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5 [plan 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 habla [insert language of the disclaimer], tiene disponible los servicios de asistencia de idioma gratis. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY/TDD numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratis. [*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 gratis [Insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al [insert Member Services phone and TTY/TDD numbers, 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. Sobre <plan name>   * <Plan's legal or marketing name> es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio, para proveer beneficios de los dos programas a los miembros. Éste es para las personas que tienen los dos programas: Medicare y Medicaid. * La cobertura bajo <plan name> está certificada como cobertura mínima esencial (MEC). 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). Por favor visite el sitio web del Servicio de rentas internas (IRS) en at <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC. * Este plan de <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:   * **Revise si hay algún cambio a nuestros beneficios** [insert if applicable: y costos] **cubiertos 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. * **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?   + Busque en la Sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.* * **Piense sobre los costos del plan en general.**   + [Insert if applicable: ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los 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 <2019 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, es posible que usted pueda cambiar de plan (consulte 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> [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 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de <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 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.

No obstante, es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Si quiere más información, lea 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 2019.

**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 2019 que en 2018.]

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 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 hace un copago de **$<2018 copay amount**> [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] | [For benefits that will not be covered in 2019, insert: [insert benefit name] **no** está cubierto.]  [For benefits with a copay insert:  Usted hace un copago de **$<2019 copay amount**> [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., por visita al consultorio].] |
| **[Insert benefit name]** | [Insert 2018 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2019 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 para 2019 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 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 para 2019 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 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. Lea más información en la Lista de medicamentos para 2019.]

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 próximo año** 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 “coordinador de cuidados” 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 próximo año 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 2019* [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]. Consulte 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* coordinador de cuidados *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 temporerodelmedicamento.
* 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.
* Estesuministro temporero será de hasta [insert supply limit (must be at least 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 2019. 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 <2019 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 desus 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 todoslos costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2019.  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 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. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del miembro* para más información sobre cuanto pagará por sus medicamentos de recetas.

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 sólo aplican durante el tiempo cuando usted está en la Etapa inicial de cobertura.

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

|  | 2018 (este año) | 2019 (el año siguiente) |
| --- | --- | --- |
| 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 2018 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |
| 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 2018 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es **$<XX> por receta**.] |

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. Consulte el Capítulo 6 de su *Manual del miembro* para más información sobre cuanto 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 that do not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language: Cuando usted está en la Etapa de cobertura catastrófica, seguirá haciendo copagos por sus 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, [plan may insert reference, as applicable].]

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 2019 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 siguiente tabla 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.]

|  | 2018 (este año) | 2019 (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 2018 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |
| 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 2018 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$<XX> por receta**.] |

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 quedarse en <our plan name>

Esperamos que siga como miembro con nosotros el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en su plan de salud. Si usted no se inscribe en un Plan MyCare Ohio diferente, se cambia a un Plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, su inscripción en <plan name> seguirá igual automáticamente durante 2019.

G2. Cómo cambiarse a un plan MyCare Ohio diferente

Para inscribirse en un plan de MyCare Ohio diferente, llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1. La Línea de ayuda le informará qué otros planes están a su disposición.

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

[*If the plan’s state implements the new duals SEP effective 2019, insert:* La mayoría de personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Porque usted tiene Medicaid, usted puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos especiales de inscripción**:

* Enero a marzo
* Abril a junio
* Julio a septiembre

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

* El **Per**í**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**í**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 período, 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 <insert name of State> lo ha inscrito en un Plan de Medicare-Medicaid,
* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda Adicional ha cambiado,
* Usted está recibiendo cuidado en una institución de enfermería especializada 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 en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5 [*plan may insert reference, as applicable*] de su *Manual del miembro* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

G3. Si quiere cambiar su participación en <plan name>

Usted puede cambiar su participación en nuestro plan eligiendo recibir sus servicios de Medicare por separado (usted seguirá en nuestro plan para sus servicios de Medicaid).

Cómo recibirá servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare de nuestro plan.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare (como un Plan Medicare Advantage)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.   Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de <plan name> cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original 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), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.   Si necesita ayuda o más información:   * Llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.   Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de <plan name> cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original 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.  Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos de receta si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si usted tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a su <name or SHIP program> al <phone number>. | **Esto es lo que tiene que hacer:**   * Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.   Si necesita ayuda o más información:   * Llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.   Usted automáticamente dejará de recibir servicios de Medicare a través de <plan name> cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |

Cómo recibirá servicios de Medicaid

Usted deberá recibir sus beneficios de Medicaid de un plan de MyCare Ohio. Por lo tanto, incluso si usted no quiere recibir sus beneficios de Medicare a través de un plan de MyCare Ohio, usted debe aún recibir sus beneficios de Medicaid de <plan name> u otro plan de cuidados administrados de MyCare Ohio.

Si usted no se inscribe en un plan de MyCare Ohio, usted seguirá en nuestro plan, para recibir sus servicios de Medicaid.

Sus servicios de Medicaid incluyen la mayoría de los servicios y respaldos a largo plazo y cuidado de salud del comportamiento. [Plans may add the specific Medicaid supplemental services that are approved by Ohio Medicaid.]

Una vez que deje de recibir servicios de Medicare a través de nuestro plan, usted recibirá una Tarjeta de identificación del iembro nueva y un *Manual del miembro* nuevo para sus servicios de Medicaid.

Si quiere cambiar a un plan de MyCare Ohio para recibir sus beneficios de Medicaid, llame a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.

H. Cómo obtener ayuda

H1. Cómo obtener 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>.

Su *Manual del miembro de 2019*

El *Manual del miembro de 2019* 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 2019 estará disponible para el 15 de octubre.]La copia más actualizada del *Manual del miembro de 2019* 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 2019*.

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. Cómo obtener ayuda de la Línea de ayuda de Ohio Medicaid

La línea de ayuda de Ohio Medicaid puede ayudarle a encontrar un proveedor de cuidados de salud de Medicaid, explicarle los servicios cubiertos de Medicaid, a obtener folletos y publicaciones de Medicaid y a entender los beneficios de Medicaid.

Usted puede llamar a la Línea de ayuda de Ohio Medicaid al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 8:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar a Ohio Relay Service, al 7-1-1.

H3. Cómo obtener ayuda del Ombudsman de MyCare Ohio

El Ombudsman de MyCare Ohio es un programa de ombudsman que puede ayudarle si tiene algún problema con <plan name>. Los servicios del ombudsman son gratuitos.

* El Ombudsman de MyCare Ohio en un programa de ombdusman que trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender que hacer.
* El Ombudsman de MyCare Ohio asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
* El Ombudsman de MyCare Ohio no está conectado con nosotros, ni con ninguna compañía de seguros ni con el plan de salud.
* El Ombudsman de MyCare Ohio le ayuda con inquietudes sobre cualquiera de los aspectos del cuidado. Hay ayuda disponible para resolver diferencias con los proveedores, proteger derechos y presentar quejas o apelaciones ante nuestro plan.
* El Ombudsman de MyCare Ohio colabora con la Oficina del ombudsman de cuidados a largo plazo del estado, quien defiende a los consumidores que reciben servicios y respaldos a largo plazo.

El número de teléfono del Ombudsman de MyCare Ohio es 1-800-282-1206. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750. El Ombudsman de MyCare Ohio está a su disposición de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

H4. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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://www.medicare.gov>). Si usted decide cancelar su inscripción en su plan de Medicare-Medicaid 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 <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

*Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *Medicare y usted de 2019*. 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 (<http://www.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 deberán llamar al 1-877-486-2048.