

Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi (HMO SNP), ofrecido por Brand New Day

Aviso anual de cambios para 2018

Actualmente, usted está afiliado como asegurado de In Control Dual Access. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto le informa acerca de los cambios.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura del Programa Medicare para el próximo año.**

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios aplican a usted?

Verifique los cambios a nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisficará sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
- Consulte las secciones 3 y 3.5 para obtener información acerca de los cambios a los beneficios y costos para nuestro plan.

Revise los cambios en el cuadernillo relacionados con la cobertura de medicamentos recetados para saber si le afectan.

- ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con distinto nivel de costo compartido?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como aprobación de nuestra parte necesaria antes de surtir una receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos 2018 y busque en la Sección 3.6 para obtener información acerca de los cambios a nuestra cobertura de medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.

- ¿Están sus médicos en nuestra red?
- ¿Y los hospitales y otros proveedores que usa?
- Busque en la Sección 3.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.

Piense en sus costos generales de atención médica.

- ¿Cuánto gastará de desembolso directo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
- ¿Cuánto gastará en sus primas y deducibles?
- ¿Cómo comparar los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la característica de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare Plan, en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos” (“Find health & drug plans”).
- Revise la lista en el reverso del manual “Medicare y usted” (Medicare & You).
- Consulte la Sección 5.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que acote sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **permanecer** en In Control Dual Access, no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en In Control Dual Access.
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de planes del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, únase a un plan del 15 de octubre al 7 de diciembre de 2017

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en In Control Dual Access.
- Si se **inscribe antes del 7 de diciembre de 2017**, su nueva cobertura comenzará el 1.º de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese a Servicios al miembro al 1-866-255-4795 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-321-5955). El horario es del 1.º de octubre al 14 de febrero: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 15 de febrero al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Es posible que esta información esté disponible en otro formato o idioma.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley para la Protección del paciente y atención accesible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi

- Brand New Day es una Organización Medicare Advantage con un contrato del Programa Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa Brand New Day. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere a Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi.

Resumen de los costos importantes para 2018

La tabla a continuación compara los costos de 2017 y los costos de 2018 para Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso anual de cambios y revise la Evidencia de cobertura adjunta para ver si le afectan otros cambios en los beneficios o costos.**

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 3.1 para obtener más detalles.	\$36.30	\$35.50
Monto máximo de desembolso directo Este es el <u>monto máximo</u> que pagará de desembolso directo por sus servicios cubiertos de las Partes A y B. (Vea la Sección 3.2 para obtener más detalles).	\$6,700	\$6,700
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: Usted paga 20 % del costo total por visita Visitas a especialistas: Usted paga \$0 por visita con un gastroenterólogo Usted paga 20 % del costo total por vista para todas las otras especialidades.	Visitas de atención primaria: Usted paga un copago de \$35 por visita Visitas a especialistas: Usted paga \$50 de copago por visita

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Estancias de pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye pacientes hospitalizados en estado agudo, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados inicia el día en que oficialmente se le ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>En 2017, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <p>Usted paga un deducible de \$1316 por período de beneficios</p> <p>Usted paga \$0 por día para los días 1-60</p> <p>Usted paga un copago de \$329 por día para los días 61-90;</p> <p>Usted paga un copago de \$658 por cada “día de reserva vitalicia” después de 90 días para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Usted paga el 100 % de todos los costos para los días posteriores a los de la reserva vitalicia</p>	<p>En 2017, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <p>Usted paga un deducible de \$1316 por período de beneficios</p> <p>Usted paga \$0 por día para los días 1-60</p> <p>Usted paga un copago de \$329 por día para los días 61-90;</p> <p>Usted paga un copago de \$658 por cada “día de reserva vitalicia” después de 90 días para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida)</p> <p>Usted paga el 100 % de todos los costos para los días posteriores a los de la reserva vitalicia</p> <p>Estos montos podrían cambiar en 2018.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 3.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$400 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Usted paga \$0 • Nivel de medicamento 2: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 3: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 4: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 5: Usted paga el 25 % del costo total • Nivel de medicamento 6: Usted paga \$0 	<p>Deducible: \$405 Copago/coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de medicamento 1: Usted paga \$0 • Nivel de medicamento 2: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 3: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 4: Usted paga 25 % del costo total • Nivel de medicamento 5: Usted paga el 25 % del costo total • Nivel de medicamento 6: Usted paga \$0

Aviso anual de cambios para 2018

Índice

Resumen de los costos importantes para 2018	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	5
SECCIÓN 2 A menos que usted elija otro plan, estará inscrito automáticamente en Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi en 2018	5
SECCIÓN 3 Cambios en beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 3.1. Cambios en la prima mensual	5
Sección 3.2. Los cambios en el monto máximo de desembolso directo.....	6
Sección 3.3. Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	6
Sección 3.4. Los cambios en la Red de farmacias	7
Sección 3.5. Cambios en beneficios y costos para los servicios médicos	7
Sección 3.6. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	9
SECCIÓN 4 Cambios administrativos	13
SECCIÓN 5 Decidir cuál plan elegir.....	13
Sección 5.1. Si decide permanecer en Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi	13
Sección 5.2. Si desea cambiar de planes.....	13
SECCIÓN 6 Fecha límite para el cambio de planes.....	15
SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre el Programa Medicare.....	15
SECCIÓN 8 Programas que lo ayudarán a pagar por los medicamentos con receta.....	15
SECCIÓN 9 ¿Tiene preguntas?.....	16
Sección 9.1. Recibir ayuda de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi	16
Sección 9.2. Recibir ayuda del Programa Medicare	17

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1.º de enero de 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de In Control Dual Access a Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi.

Usted recibirá una tarjeta de identificación (ID) de Brand New Day antes del 1.º de enero.

SECCIÓN 2 A menos que usted elija otro plan, estará inscrito automáticamente en Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi en 2018

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2017, le inscribiremos automáticamente en nuestro Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi. Esto significa que, a partir de 1.º de enero de 2018, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos con receta a través de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi. Si desea, puede cambiar a un plan de salud distinto del Programa Medicare También puede cambiar a Medicare Original. Si desea cambiar, debe hacerlo entre el 15 de octubre al 7 de diciembre. Si ese legible para subsidios por bajos ingresos, usted puede cambiar de planes en cualquier momento.

La información de este documento le hace saber sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en In Control Dual Access y los beneficios que tendrá a partir del 1.º de enero de 2018 como miembro de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi.

SECCIÓN 3 Cambios en beneficios y costos para el próximo año

Sección 3.1. Cambios en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual (Asimismo, debe continuar con el pago mensual de su prima de la Parte B de Medicare).	Usted paga \$36.30	Usted paga \$35.50

- Su prima mensual del plan será mayor si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por estar sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea igual de buena que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

(también se conoce como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más, si se inscribe en un plan de medicamentos recetados en el futuro.

- Si usted tiene un ingreso mayor, debe pagar directamente al gobierno una cantidad adicional cada mes por su cobertura de medicamentos con receta del Programa Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta.

Sección 3.2. Los cambios en el monto máximo de desembolso directo

Para protegerle, el Programa Medicare necesita que todos los planes de salud limiten cuánto paga usted de “desembolso directo” durante el año. A este límite se le llama el “monto máximo de desembolso directo”. Una vez alcance el monto máximo de desembolso directo, generalmente no debe pagar por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo	\$6,700	\$6,700
Sus costos para servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de desembolso. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo de desembolso directo.		Una vez que usted ha pagado \$6,700 de desembolso directo por los servicios cubiertos, no tendrá que pagar por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 3.3. Cambios en la red de proveedores de servicios de salud

Existen cambios a nuestra red de proveedores para el próximo año. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.bndhmo.com. También puede llamar a Servicios al miembro para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores. **Le agradeceremos que revise el Directorio de proveedores 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores de servicios de salud) que son parte de su plan durante el año. Existe una variedad de motivos por los que su proveedor de servicios de salud podría dejar el plan, pero si su médico o Especialista deja el plan usted tiene ciertos derechos que usted y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso sin interrupciones a médicos calificados y especialistas.
- Haremos un esfuerzo por proporcionarle un aviso con al menos 30 días de anticipación, notificándole que su proveedor de servicios de salud va a dejar nuestro plan para que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor de servicios de salud.
- Nosotros le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor de servicios de salud calificado para continuar con el manejo de sus necesidades de atención médica.
- Si usted está en tratamiento médico, tiene el derecho a solicitar, y nosotros trabajaremos con usted para asegurarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que usted está recibiendo.
- Si usted considera que no le hemos proporcionado un proveedor de servicios de salud calificado para reemplazar a su proveedor de servicios de salud anterior o que su atención médica no está siendo debidamente administrada, tiene el derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si averigua que su médico o Especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor de servicios de salud que maneje su atención.

Sección 3.4. Los cambios en la Red de farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos con receta pueden depender de qué farmacia use. Los planes de medicamentos del Programa Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Existen cambios a nuestra red de farmacias para el próximo año. Una versión actualizada del Directorio de farmacias se encuentra en nuestro sitio web en www.bndhmo.com. También puede llamar a Servicios al miembro para obtener información actualizada de proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. **Por favor, revise el Directorio de farmacias 2018 para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Sección 3.5. Cambios en beneficios y costos para los servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga), en su Evidencia de cobertura 2018.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$75 por visita	Usted paga un copago de \$80 por visita
Servicios necesarios de urgencia	Usted paga 20 % del costo total hasta un máximo de \$65 por visita	Usted paga \$0
Visitas al médico de atención primaria	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga un copago de \$35 por visita
Atención quiropráctica	Usted paga 20 % del costo total por visita	Usted paga 20 % del costo total por visita
Servicios de terapia ocupacional	Usted paga 20 % del costo total por visita	Usted paga un copago de \$40 por visita
Visitas al especialista	Usted paga \$0 por visita a un gastroenterólogo Usted paga 20 % del costo total para todas las otras especialidades	Usted paga un copago de \$50 por visita
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0 por visita
Servicios de fisioterapia y terapia del habla y el lenguaje	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga un copago de \$40 por visita
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0 por visita
Equipo médico duradero (DME)	Usted paga \$0 por artículos hasta \$100 Usted paga 20 % del costo total por artículos que excedan los \$100	Usted paga 20 % del costo total

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Servicios y artículos de venta libre (OTC)*	Los artículos y servicios de venta libre (OTC) no están cubiertos	\$70 de beneficio máximo cada tres meses. Un esfigmomanómetro (dispositivo para medir la presión arterial) se proporcionará sin costo a los miembros con deficiencia cardíaca crónica o enfermedad hepática.
Servicios de educación para enfermedades renales	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0
Prueba de detección de glaucoma	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0
Capacitación para el automanejo de la diabetes	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0
Exámenes de audición cubiertos por Medicare	Usted paga 20 % del costo total	Usted paga \$0

Sección 3.6. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina un Formulario o “Lista de medicamentos”. Este sobre contiene una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de Medicamentos incluida en este sobre incluye varios (pero no todos) los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, aún podría estar cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** al llamar a Servicios al miembro (consulte la contracubierta) o al visitar nuestro sitio web, www.bndhmo.com.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, incluyendo cambios a los medicamentos que cubrimos y a las restricciones que aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se cubrirán el año próximo y para ver si habrá alguna restricción.**

Si a usted le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada para recetar) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué es lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)) o llame a Servicios al miembro.
- **Trabaje con su médico (u otra persona encargada de emitir las recetas médicas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Servicios al miembro para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos exige cubrir un suministro temporal **por única vez** de medicamentos que no aparezcan en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año de cobertura del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para conocer más acerca de cuándo obtener un suministro provisional y cómo pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de cobertura). Durante el tiempo en el que esté recibiendo un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro provisional. Puede cambiarse a otro medicamento que cubra el plan o solicitar al plan que le haga una excepción y que cubra su medicamento actual.

Las excepciones al formulario que se hayan aprobado para 2018 estarán cubiertas hasta la fecha de vencimiento en 2018. Usted no tiene que solicitarnos otra. Algunas excepciones pueden cambiar en 2018, y usted no necesitará solicitar una excepción. Antes de la fecha de vencimiento indicada en la carta de aprobación, llame a servicios para miembros para obtener ayuda.

Cambios en los costos de medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información sobre los costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicar a usted.** Hemos incluido un inserto separado, llamado la "Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para Personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta" (también llamada "Cláusula adicional de ayuda financiera para personas de bajos ingresos" o la "Cláusula adicional LIS"), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si usted recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este inserto con este paquete, llame a Servicios al miembro y solicite la "Cláusula adicional LIS". Los números de teléfono de Servicios al miembro están en la Sección 9.1 de este folleto.

Existen cuatro “etapas de cobertura para medicamentos”. Lo que pague por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa de pago de medicamentos se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su Evidencia de cobertura para conocer más información acerca de las etapas).

La información que se presenta a continuación muestra los cambios para el año siguiente en las primeras dos etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7, en la Evidencia de cobertura adjunta).

Cambios a la Etapa del deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$400.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por sus medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6, y el costo total por sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$405</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido por sus medicamentos del Nivel 1 y Nivel 6, y el costo total por sus medicamentos en el Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios a su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coaseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, Tipos de costos de desembolso directo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de cobertura.

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días), cuando surta su receta en una farmacia de la red que proporcione costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo, o para recetas pedidas por correo, por favor consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de cobertura.</p> <p>Cambiamos el nivel para algunos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El costo para un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: Genéricos Usted paga 25 % del costo total</p> <p>Nivel 3: De marca preferidos: Usted paga 25 % del costo total</p> <p>Nivel 4: De marca no preferidos: Usted paga 25 % del costo total</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos selectos para diabéticos: Usted paga \$0 por receta</p> <hr/> <p>Una vez sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,700, se le trasladará a la siguiente etapa (Etapa sin cobertura).</p>	<p>El costo para un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta</p> <p>Nivel 2: Genéricos Usted paga \$8 de copago por receta</p> <p>Nivel 3: De marca preferidos: Usted paga 25 % del costo total</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Usted paga 25 % del costo total</p> <p>Nivel 5: Nivel de especialidad: Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de atención selecta: Usted paga \$0 por receta</p> <hr/> <p>Una vez sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, se le trasladará a la siguiente etapa (Etapa sin cobertura).</p>

Cambios a las Etapas de lapso en la cobertura y de cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos: la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura para casos catastróficos, corresponden a personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa sin cobertura o a la Etapa de cobertura para casos catastróficos.** Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 4 Cambios administrativos

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Cambio de sitio web	www.brandnewdayhmo.com	www.bndhmo.com
Nombre del Nivel 4	Nivel 4: De marca no preferidos	Nivel 4: Medicamentos no preferidos
Nombre del Nivel 6	Nivel 6: Medicamentos selectos para diabéticos	Nivel 6: Medicamentos de atención selecta
Ahora se necesita remisión		Servicios preventivos cubiertos por Medicare

SECCIÓN 5 Decidir cuál plan elegir

Sección 5.1. Si decide permanecer en Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2018.

Sección 5.2. Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir contando con usted como miembro el año que viene, pero si usted desea cambiar de plan para el año 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese y compare sus opciones

- Usted puede inscribirse en un plan de salud del Programa Medicare diferente
- — O — Puede cambiarse a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si unirse a un plan de medicamentos del Programa Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes del Programa Medicare, lea Medicare y Usted 2018, llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (consulte la Sección 7) o llame al Programa Medicare (consulte la Sección 9.2).

Puede encontrar información sobre los planes en su área al usar el Buscador de planes del Programa Medicare en el sitio web del Programa Medicare. Vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos” (“Find health & drug plans”). **Aquí, usted puede encontrar la información sobre los costos, la cobertura y calificaciones de calidad de los planes del Programa Medicare.**

Le recordamos que Brand New Day ofrece otros planes de salud del Programa Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud del Programa Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta, tiene que:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Atención a los Miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la Sección 9.1 de este folleto).
 - – o – Comuníquese con el Programa Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días a la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Fecha límite para el cambio de planes

Si usted desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Los cambios entrarán en vigencia el 1.º de enero de 2018.

¿Hay otras oportunidades para hacer un cambio durante el año?

En ciertas situaciones, también se permite hacer cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura a través de un empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otros períodos del año. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la Evidencia de cobertura.

Si está inscrito en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2018 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a Medicare Original entre el 1.º de enero y el 14 de febrero de 2018. Si desea obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 7 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre el Programa Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP se conoce como el Programa de Defensa y asesoría de seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación **gratuita** sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen el Programa Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes del Programa Medicare y responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes. Puede llamar a HICAP al 1-800-434-0222. Puede conocer más acerca de HICAP al visitar su sitio web: www.aging.ca.gov/hicap/.

SECCIÓN 8 Programas que lo ayudarán a pagar por los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para el pago de medicamentos con receta:

- **“Ayuda adicional” del Programa Medicare.** Las personas con ingresos limitados, pueden calificar para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, el Programa Medicare puede pagar hasta 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquellas personas que califican no tendrán un lapso en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

Ayuda para costos compartidos para las recetas para personas con VIH/SIDA. El Programa de ayuda para medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH. Las personas tienen que cumplir con ciertos criterios que incluyen la constancia de residencia del Estado y estado del VIH, personas de bajos ingresos según lo definido por el Estado y estado de sin cobertura de seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D del Programa Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido para recetas médicas a través de Magellan Rx Management, contratista para Beneficios de medicación/farmacia para ADAP (número de teléfono: 1-800-424-5906). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, CDPH), Línea gratuita del ADAP, número de teléfono: 1-844-421-7050.

SECCIÓN 9 ¿Tiene preguntas?

Sección 9.1. Recibir ayuda de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi

¿Preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios al Miembro al 1-866-255-4795. (Solo TTY, llamar al 1-866-321-5955. Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas:

- del 1.º de octubre al 14 de febrero: los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- del 15 de febrero al 30 de septiembre: de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de cobertura 2018 (contiene información sobre los beneficios y costos para el año siguiente)

Este Aviso anual de cambios le da un resumen de los cambios en los costos y beneficios para el año 2018. Para obtener los detalles, vea la Evidencia de cobertura 2018 de Brand New Day In Control Choice for Medi-Medi. La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos bajo la póliza y medicamentos con receta cubiertos. Se ha incluido una copia de la Evidencia de cobertura en este sobre.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.bndhmo.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores de servicios de salud) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos/Formulario).

Sección 9.2. Recibir ayuda del Programa Medicare

Para obtener información directamente del Programa Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

Visite el sitio web del Programa Medicare

Puede visitar el sitio web del Programa Medicare (<http://www.medicare.gov>). Este cuenta con información sobre los costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud del Programa Medicare. Encontrará información sobre los planes disponibles en su área al usar el Buscador de planes del Programa Medicare en el sitio web del Programa Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes de salud y medicamentos” [“Find health & drug plans”]).

Lea Medicare y Usted 2018

Puede leer el Manual Medicare y Usted 2018. Este folleto se envía por correo a las personas que tienen el Programa Medicare todos los años en otoño. Este incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones del Programa Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre el Programa Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, lo puede obtener en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Brand New Day HMO cumple las leyes de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Brand New Day no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brand New Day proporciona ayuda gratuita y servicios a las personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brand New Day también proporciona servicios gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al: 1-866-255-4795 (TTY llame al 1-866-321-5955). El horario es: del 1.º de octubre al 14 de febrero, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 15 de febrero al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si considera que Brand New Day no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al llamar a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o envíe por correo postal una carta a:

Brand New Day Appeals and Grievances Department
Attn: A&G Manager
5455 Garden Grove Blvd, Suite 500
Westminster, California 92683
Fax: 657-400-1217
Correo electrónico: Complaints@universalcare.com

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestro Departamento de Servicio al Cliente está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>