

Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP) es ofrecido por Health Net of Arizona, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2020

Usted está afiliado actualmente a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y los beneficios del plan. *Este cuadernillo brinda información sobre esos cambios.*

- **Puede hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué hacer ahora

1. AVERIGÜE: Qué cambios lo afectarán

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si será afectado por ellos.
 - Es importante que analice su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades del próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
 - Consulte en el cuadernillo los cambios en nuestra cobertura de medicamentos que requieren receta médica para saber si será afectado por ellos. ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de surtir una receta médica? ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por utilizar esta farmacia?
 - Consulte la *Lista de Medicamentos* para 2020 y la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Consulte a su médico sobre alternativas más económicas para usted; así podrá ahorrar en los costos de desembolso anual durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, ingrese en <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros señalan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran información comparativa sobre los precios de los medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios del plan determinarán con exactitud cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre el *Directorio de Farmacias y Proveedores*.

- Considere los costos generales de su atención de salud.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos que requieren receta médica que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?

- 2. ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare? Piense si está satisfecho con nuestro plan. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la herramienta de búsqueda personalizada del buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada de su manual *Medicare y Usted*. Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
 - Una vez que haya elegido un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar de plan Si decide **conservar** Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO SNP), no necesita hacer nada. Permanecerá en Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO SNP).

- 3. Para cambiarse a **otro plan** que se ajuste mejor a sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, debe afiliarse al nuevo plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**
 - Si no lo hace antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO SNP).
 - Si se afilia antes del **7 de diciembre de 2019**, la nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2020**.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita, en español.
- Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-977-7522, para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

- Debemos proporcionar la información de una manera que le sirva (en idiomas distintos del inglés, en audio, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **La cobertura conforme a este plan se considera cobertura de salud calificada** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas, <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)

- Allwell tiene contrato con Medicare para ofrecer planes de HMO y de HMO-SNP, y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Allwell está sujeta a la renovación del contrato.
- En este cuadernillo, “nosotros”, “nos” o “nuestro” hacen referencia a Health Net of Arizona, Inc. Utilizaremos las palabras “plan” o “nuestro plan” para referirnos a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP).

Resumen de Costos Importantes para 2020

En la tabla que aparece a continuación, se comparan los costos de 2019 y de 2020 de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP) en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto de desembolso máximo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).	\$3,400	\$3,400
Visitas al consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$15 por visita.	Visitas al médico de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por visita. Visitas a especialistas: usted paga un copago de \$15 por visita.
Servicios hospitalarios para pacientes internados Se incluyen servicios hospitalarios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por internación: Días 1 al 10: usted paga un copago de \$205 por día.	Para las admisiones cubiertas por Medicare, por internación: Días 1 al 10: usted paga un copago de \$205 por día.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital, con la indicación de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día de internación.</p>	<p>A partir del día 11: usted paga un copago de \$0 por día.</p>	<p>A partir del día 11: usted paga un copago de \$0 por día.</p>
<p>Cobertura de medicamentos que requieren receta médica de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$5 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$15 por un suministro de un mes (30 días). 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copagos/coseguros según corresponda durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$5 por un suministro de un mes (30 días). • Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$15 por un suministro de un mes (30 días).

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 315 990 556"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$37 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="625 766 990 1008"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$90 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="625 1207 990 1449"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="625 1648 990 1900"> <p>• Nivel 6: determinados medicamentos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1031 315 1396 556"> <p>• Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$37 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1031 766 1396 1008"> <p>• Nivel 4: medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$90 por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1031 1207 1396 1449"> <p>• Nivel 5: nivel de especialidades: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días). <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 33% del costo total por un suministro de un mes (30 días).</p> <li data-bbox="1031 1648 1396 1900"> <p>• Nivel 6: determinados medicamentos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).	<i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por un suministro de un mes (30 días).

Aviso Anual de Cambios para 2020

Índice

Resumen de Costos Importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 El Nombre del Plan Cambiará.....	6
SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año	6
Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual	6
Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo	7
Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores.....	7
Sección 2.4: Cambios en la Red de Farmacias	8
Sección 2.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D.....	17
SECCIÓN 3 Cambios Administrativos.....	20
SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir	21
Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)	21
Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan.....	21
SECCIÓN 5 Plazo para Cambiar de Plan.....	22
SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	23
SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica	23
SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?.....	24
Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)	24
Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare	25

SECCIÓN 1 El Nombre del Plan Cambiará

El 1.º de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO SNP) a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP).

Recibirá una tarjeta de identificación nueva por correo con el nombre de este nuevo plan. Además, toda nueva información que le sea proporcionada sobre su plan mencionará el nombre del nuevo plan.

SECCIÓN 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de Medicare Parte B).	\$0	\$0
Prima mensual para los beneficios suplementarios opcionales	Paquete Gold n.º 1 \$49	Allwell Total \$27
	Paquete Gold n.º 2 \$24	

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida, debido a que estuvo sin otra cobertura de medicamentos que sea, por lo menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más altos, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.
- La prima mensual será *menor* si recibe Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica.

Sección 2.2: Cambios en el Monto de Desembolso Máximo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de desembolso durante el año. Este límite se denomina “monto de desembolso máximo”. Una vez que alcanza este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Monto de desembolso máximo	\$3,400	\$3,400
Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para su monto de desembolso máximo. Los costos de los medicamentos que requieren receta médica no cuentan para el monto de desembolso máximo.		Una vez que haya pagado \$3,400 de desembolso por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 2.3: Cambios en la Red de Proveedores

Se han implementado cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2020, para saber si sus proveedores (de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.***

Es importante que sepa que es posible que implementemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen muchas razones por las que es posible que su proveedor deje el plan, pero, en caso de que efectivamente lo haga, usted cuenta con algunos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe y le informaremos con, por lo menos, 30 días de anticipación que su proveedor dejará el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para satisfacer sus necesidades de atención de salud.
- Si está bajo tratamiento médicamente necesario, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa. Lo ayudaremos a garantizar la continuidad del tratamiento.

- Si cree que no se le proporcionó un proveedor calificado para reemplazar al anterior, o que no está recibiendo la atención correcta, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está por dejar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 2.4: Cambios en la Red de Farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos que requieren receta médica dependen de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que le pueden ofrecer un costo compartido menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias dentro de la red para algunos medicamentos.

Se han implementado cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias y Proveedores* actualizado en nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para obtener información actualizada sobre las farmacias o para solicitar que le enviemos un *Directorio de Farmacias y Proveedores* por correo. **Para saber qué farmacias se encuentran en nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias y Proveedores para 2020*.**

Sección 2.5: Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

Estamos haciendo cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación, se describen estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, de la *Evidencia de Cobertura para 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Autorización previa	<p>Los siguientes servicios requerían autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF). 	<p>Los siguientes servicios requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria para pacientes internados. • Atención de salud mental para pacientes internados. Atención en un centro de enfermería especializada (por sus siglas en inglés, SNF).

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fisioterapia. ○ Terapia del habla. ○ Servicios de terapia ocupacional. • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de internación parcial. • Servicios de cuidado de la salud en el hogar. • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fisioterapia. ○ Terapia del habla. ○ Servicios de terapia ocupacional. • Pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. • Servicios radiológicos terapéuticos o de diagnóstico para pacientes ambulatorios. • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. • Servicios de observación para pacientes ambulatorios. • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Servicios de ambulancia para servicios en avión y servicios que no son de emergencia.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero y suministros relacionados. • Prótesis y suministros relacionados. • Beneficio de comidas. • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios quiroprácticos. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios de acupuntura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de transporte. • Equipo médico duradero y suministros relacionados. • Prótesis y suministros relacionados. • Beneficio de comidas. • Medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte B. <p>Los siguientes servicios ya no requerirán autorización previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca. • Servicios quiroprácticos. • Servicios y suministros para diabéticos. • Servicios de acupuntura.
Servicios de podiatría	Usted paga un copago de \$25 por cada visita de rutina, hasta 8 visitas por año calendario.	Usted paga un copago de \$15 por cada visita de rutina, sin límite de visitas por año calendario.
Servicios para el tratamiento por uso de opioides	No están cubiertos como un beneficio aparte. Algunos servicios para el tratamiento por uso de opioides estaban cubiertos por sus beneficios de abuso de sustancias.	Usted paga un copago de \$25 por cada tratamiento por uso de opioides cubierto por Medicare (en grupo o de manera individual).
Servicios de transporte	Usted paga un copago de \$0 por viaje de un trayecto, hasta 10 viajes de un trayecto por año calendario hacia lugares aprobados.	Usted paga un copago de \$0 por viaje de un trayecto, hasta 16 viajes de un trayecto por año calendario hacia lugares aprobados.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	Usted paga el 20% del costo total por los zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave.	Usted paga un copago de \$0 por los zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare para personas con diabetes que tienen pie diabético grave.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$25 por cada visita dental cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por cada visita dental cubierta por Medicare.
Atención de la vista (cubierta por Medicare)	Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista para diabéticos cubierto por Medicare. Para todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare, usted paga un copago de \$15 por examen.
Atención de la vista de rutina	<p>La atención de la vista de rutina se ofrece como un beneficio suplementario opcional.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.</p>	<p>En 2020, este beneficio se ofrecerá como parte de los beneficios del plan sin tener que pagar una prima adicional.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted tiene una asignación de \$250 para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto por año calendario.</p> <p>Si quiere más información sobre los beneficios del plan, consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2020.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de audición	Usted paga un copago de \$25 por cada prueba auditiva cubierta por Medicare.	Usted paga un copago de \$15 por cada prueba auditiva cubierta por Medicare.
<p>Paquete de beneficios suplementarios opcionales n.º 1: Puede comprar este paquete por una prima adicional.</p>	<p>El paquete Gold n.º 1 incluye lo siguiente: Servicios dentales preventivos: incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 2 series de rayos X por año calendario.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> usted paga un copago de \$0 por visita. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 20% del costo total.</p> <p>Los servicios dentales integrales incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 40% del costo total. • Servicios de diagnóstico: <u>Dentro de la red:</u> usted paga un copago de \$0 por servicio. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. 	<p>Allwell Total incluye lo siguiente: Servicios dentales preventivos: incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 1 serie de rayos X por año calendario.</p> <p><u>Dentro de la red:</u> usted paga un copago de \$0 por visita.</p> <p>Los servicios dentales integrales incluyen lo siguiente: <u>Dentro de la red:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios que no son de rutina: usted paga un copago de \$0 por servicio. • Servicios de diagnóstico: Usted paga un copago de entre \$0 y \$15 por servicio. • Servicios de restauración: usted paga un copago de entre \$0 y \$300 por servicio. • Endodoncia: usted paga un copago de entre \$5 y \$275 por servicio.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de restauración. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 40% del costo total. • Endodoncia. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 30% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 50% del costo total. • Periodoncia. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 30% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 50% del costo total. • Extracciones. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 30% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 50% del costo total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia: usted paga un copago de entre \$0 y \$375 por servicio (limitada a 1 por año calendario). • Extracciones: usted paga un copago de entre \$15 y \$150 por servicio. • Prostodoncia (incluye dentaduras postizas), otros servicios de cirugía oral/maxilofacial y otros servicios. Usted paga un copago de entre \$0 y \$2,250 por servicio. <p>Los servicios dentales preventivos e integrales fuera de la red no están cubiertos.</p> <p>No hay un beneficio máximo combinado por servicios dentales preventivos e integrales, por año calendario. Hay un deducible anual de \$0 para todos los servicios dentales dentro de la red.</p> <p><u>Servicios quiroprácticos y de acupuntura:</u> limitados a 30 visitas en total por año calendario. Usted paga un copago de \$10 por visita.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Prostodoncia (incluye dentaduras postizas), otros servicios de cirugía oral/maxilofacial y otros servicios. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 30% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 50% del costo total. <p>Hay un beneficio máximo combinado de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales, por año calendario. Este es un deducible anual de \$50 para todos los servicios dentales dentro de la red. Hay un deducible anual de \$100 para todos los servicios dentales fuera de la red.</p> <p><u>Servicios quiroprácticos y de acupuntura:</u> limitados a 24 visitas en total por año calendario. Usted paga un copago de \$15 por visita.</p> <p>Los soportes y aparatos quiroprácticos están cubiertos con un límite de \$50 por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Examen de la vista de rutina:</u> limitado a 1 por año calendario. Usted paga un copago de \$0 por examen. 	<p>Los soportes y aparatos quiroprácticos no están cubiertos.</p> <p>Puede encontrar más información en la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2020.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p><u>Lentes y accesorios de rutina:</u> con el plan se cubren hasta \$250 por año calendario para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto. Usted debe pagar los montos que superen ese límite. Puede encontrar más información en la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.</p>	
<p>Paquete de beneficios suplementarios opcionales n.º 2: Puede comprar este paquete por una prima adicional.</p>	<p>Paquete Gold n.º 2 Servicios dentales preventivos: incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas, 1 tratamiento con flúor y 2 series de rayos X por año calendario. <u>Dentro de la red:</u> usted paga un copago de \$0 por servicio. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. Los servicios dentales integrales incluyen lo siguiente: Servicios de diagnóstico. <u>Dentro de la red:</u> usted paga un copago de \$0 por servicio. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. Servicio de restauración. <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 40% del costo total.</p>	<p>No se ofrece un segundo paquete de beneficios suplementarios opcionales.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Servicios de periodoncia: <u>Dentro de la red:</u> usted paga el 20% del costo total. <u>Fuera de la red:</u> usted paga el 40% del costo total.</p> <p>Hay un beneficio máximo combinado de \$1,000 por año calendario por servicios dentales preventivos e integrales brindados por proveedores dentro y fuera de la red. Este es un deducible anual de \$50 para todos los servicios dentales dentro y fuera de la red. <u>Examen de la vista de rutina:</u> limitado a 1 por año calendario. Usted paga un copago de \$0 por examen.</p> <p><u>Lentes y accesorios de rutina:</u> con el plan se cubren hasta \$100 por año calendario para anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto. Usted debe pagar los montos que superen ese límite.</p> <p>Puede encontrar más información en la <i>Evidencia de Cobertura</i> para 2019.</p>	

Sección 2.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos Que Requieren Receta Médica de la Parte D

Cambios en Nuestra *Lista de Medicamentos*

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “*Formulario*” o “Lista de Medicamentos”. Puede obtener una copia de nuestra *Lista de Medicamentos* de manera electrónica. Hemos implementado 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 de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de Medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicará alguna restricción.** Si lo afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

Hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento. Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas))* o llame al Departamento de Servicios al Afiliado. **Consultar a su médico (o persona que receta) para buscar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad. En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no figura en el *Formulario* dentro de los primeros 90 días del año del plan o dentro de los primeros 90 días de su afiliación al plan, para evitar que se interrumpa el tratamiento. La mayoría de los cambios en la *Lista de Medicamentos* tienen lugar al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que, durante el año, realicemos otros cambios que cumplen con las reglas de Medicare. Cuando realizamos estos cambios en la *Lista de Medicamentos* durante el año, aún puede hablar con su médico (o persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Seguiremos actualizando nuestra *Lista de Medicamentos* en línea como se programó y brindaremos la información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la *Lista de Medicamentos*, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos que requieren receta médica de la Parte D es posible que no se aplique a usted.** Le enviamos un encarte aparte denominado “Cláusula Adicional de la *Evidencia de Cobertura* para las Personas Que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Que Requieren Receta Médica” (también denominada “Cláusula Adicional de Subsidio por Ingreso Bajo” o “Cláusula Adicional LIS”), que le brinda información sobre los costos de los medicamentos. Si usted obtiene Ayuda Adicional y no ha recibido este encarte antes del 30 de septiembre de 2019, llame al Departamento de Servicios al Afiliado y solicite la *Cláusula Adicional LIS*. Los números de teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado están en la Sección 8.1 de este cuadernillo.

Existen cuatro etapas de pago de medicamentos. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa en la que se encuentra. (También puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre estas etapas).

A continuación, se muestran los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas, la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los afiliados no llegan a las otras dos etapas, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica. Si quiere obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura* que se encuentra en nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no le corresponde.	Debido a que no tenemos deducibles, esta etapa de pago no le corresponde.

Cambios en Su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de desembolso que puede pagar por medicamentos que requieren receta médica*, de la *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, se cubre la parte del costo de los medicamentos que le corresponde al plan, y usted paga su parte del costo. Los costos que se indican en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta médica en una farmacia de la red. Si quiere obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo en una farmacia</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$5 por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$10 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$5 por receta médica.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>de la red que ofrezca un costo compartido preferido, o de los medicamentos que requieren receta médica de compra por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra <i>Lista de Medicamentos</i>. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la <i>Lista de Medicamentos</i>.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$15 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$37 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$90 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$0 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>	<p>Nivel 2: medicamentos genéricos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$20 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$15 por receta médica.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$47 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$37 por receta médica.</p> <p>Nivel 4: medicamentos no preferidos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$100 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$90 por receta médica.</p> <p>Nivel 5: nivel de especialidades: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga el 33% del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: determinados medicamentos: <i>Costo compartido estándar:</i> usted paga un copago de \$0 por receta médica. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga un copago de \$0 por receta médica.</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica, son para personas que gastan mucho dinero en medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a las Etapas de brecha de cobertura y cobertura catastrófica.** Si quiere obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios Administrativos

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cambios en el monto de desembolso máximo</p>	<p>Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo:</p> <p>Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Días adicionales ilimitados de atención hospitalaria para pacientes internados agudos.</p> <p>Atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de transporte de emergencia internacionales.</p> <p>Cuidado de los pies de rutina no cubierto por Medicare.</p> <p>Las primeras 3 pintas de sangre.</p>	<p>Los siguientes beneficios y servicios se aplican a su desembolso máximo:</p> <p>Todos los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red.</p> <p>Todos los servicios no cubiertos por Medicare cubiertos en su plan.</p>

Proceso	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cambios en las remisiones	Su plan requería remisiones de su médico de atención primaria (por sus siglas en inglés, PCP) para que usted recibiera determinados servicios.	Ya no se requiere que su PCP le brinde una remisión para que usted pueda acceder a determinados servicios.
Beneficios suplementarios opcionales	Dos (2) paquetes de beneficios suplementarios opcionales se podían adquirir por una prima adicional.	Si usted ha adquirido un plan de beneficios suplementarios opcionales por una prima adicional, obtendrá nuestro nuevo plan de beneficios suplementarios opcionales Allwell Total de forma automática por \$27 mensuales. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. Puede encontrar su <i>Evidencia de Cobertura</i> en línea, en allwell.azcompletehealth.com .

SECCIÓN 4 Cómo Decidir Qué Tipo de Plan Elegir

Sección 4.1: Si Quiere Permanecer en Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)

Si quiere permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se afilia a otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, permanecerá afiliado automáticamente a nuestro plan para 2020.

Sección 4.2: Si Quiere Cambiar de Plan

Esperamos mantenerlo como afiliado el próximo año, pero, si quiere hacer un cambio para 2020, siga estos pasos:

- **Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas** Puede afiliarse a otro plan de salud de Medicare en tiempo y forma.

- *O* puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se va a afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 relativa a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para saber más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2020*, llame al Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, afilíese al nuevo plan. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos que requieren receta médica, afilíese al nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su afiliación a Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP).
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos que requieren receta médica, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este cuadernillo).
 - *O* comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para Cambiar de Plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor a partir del 1.º de enero de 2020. **¿Puede hacer cambios en otras épocas del año?**

En algunos casos, también se permite hacer cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de un empleador o van a dejarla, y las que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se afilia a un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2020 y no está conforme con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud (por sus siglas en inglés, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud. El SHIP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar orientación local y **gratuita** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. También pueden ayudarlo a comprender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIP al 1-800-432-4040 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto los feriados estatales. Puede obtener más información sobre el SHIP en su sitio web (<https://des.az.gov/services/aging-and-adult/state-health-insurance-assistance-program-ship>).

SECCIÓN 7 Programas Que Ayudan a Pagar los Medicamentos Que Requieren Receta Médica

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos que requieren receta médica.

- **Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de los medicamentos que requieren receta médica. Si lo hace, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de medicamentos, que incluyen primas mensuales de medicamentos que requieren receta médica, deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnen los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos, y no lo saben. Para saber si reúne los requisitos, llame a uno de los siguientes números:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pueden hacerlo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (por solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (por solicitudes).

- **Asistencia de costo compartido para medicamentos que requieren receta médica para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (por sus siglas en inglés, ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que reúnen los requisitos para el programa tengan acceso a medicamentos esenciales contra el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos los siguientes: prueba de residencia dentro del estado y condición de portador del VIH; bajos ingresos, como lo define el estado; y no estar aseguradas, o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos que requieren receta médica de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido a través del ADAP. Para obtener más información sobre requisitos, medicamentos cubiertos o formas de inscripción en este programa, llame al 1-800-334-1540 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m. (hora local), excepto los días feriados estatales.

SECCIÓN 8 ¿Tiene Preguntas?

Sección 8.1: Cómo Obtener Ayuda de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-800-977-7522. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Fuera de los horarios de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, deje su mensaje. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura* para 2020 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2020 de Allwell CHF/Diabetes Medicare (HMO C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener medicamentos que requieren receta médica y servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. También puede llamar al Departamento de Servicios al Afiliado para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, allwell.azcompletehealth.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Farmacias y Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 8.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de 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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. **Visite el sitio web de Medicare** Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos)). **Lea el manual *Medicare y Usted 2020*** Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no posee una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o por teléfono 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.