

AVISO ANUAL DE CAMBIOS 2020



Cambios importantes en su plan

AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)



Llamada gratuita **1-866-460-8854**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local



www.myAARPMedicare.com

¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, manténganos al día para que podamos informarle las novedades del plan.

AARP | Medicare Rx
from UnitedHealthcare

Aviso Anual de Cambios 2020



Actualmente está inscrito como miembro del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).

El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Esta guía indica los cambios.**

Si desea hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Qué debe hacer ahora:

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Por eso es importante que revise su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos del plan.

- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en otro nivel con otro costo compartido?
 - ¿Tiene restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar esta farmacia?
 - En la Lista de Medicamentos de 2020 consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajos que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el

año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas indican qué fabricantes han aumentado sus precios y además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga presente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Piense en los costos generales de cuidado de la salud.
 - ¿Cuánto pagará en gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con respecto a otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Revise qué coberturas y que costos existen en el área donde usted reside.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare:
<https://es.medicare.gov> Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Revise la lista que aparece en la contracubierta del manual “Medicare y Usted”.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información de sus opciones.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Usted decide si se cambia de plan

- Si desea **continuar** en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).
- Si desea cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre

4. INSCRÍBASE: Si desea cambiar de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre** y el 7 de diciembre de **2019**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2019**, usted seguirá inscrito en AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).
- Si **se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comienza el 1 de enero de 2020.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-460-8854 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.
- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-460-8854 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
- Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-460-8854, TTY: 711, 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

Información del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)

- Los planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus empresas afiliadas, un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación de contrato del plan con Medicare. Los planes AARP® MedicareRx llevan el nombre de AARP y UnitedHealthcare Insurance Company paga a AARP regalías a cambio del uso de su propiedad intelectual. Estas regalías se utilizan para propósitos generales de AARP.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro o nuestra” en esta guía, se refieren a la compañía de seguros UnitedHealthcare o a una de sus afiliadas. Las expresiones “plan”, “este plan” o “nuestro plan” hacen referencia al plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2019 con los del año 2020 del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). **Tenga presente que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: www.myAARPMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan * *Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</p>	<p>\$38.10</p>	<p>\$38.80</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.3 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) \$1 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) \$8 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacias minoristas 	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) \$1 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) \$8 de copago <input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacias minoristas

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>preferidas (dentro de la red) \$30 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="772 474 1092 743">☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 33% del costo total <li data-bbox="772 765 1092 1034">☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 25% del costo total 	<p>preferidas (dentro de la red) \$27 de copago</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1159 474 1478 743">☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 35% del costo total <li data-bbox="1159 765 1478 1034">☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacias minoristas preferidas (dentro de la red) 25% del costo total

Aviso Anual de Cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020.....	5
Sección 1: Cambios a los beneficios y costos el próximo año.....	8
Sección 1.1: Cambios a la prima mensual.....	8
Sección 1.2: Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.3: Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D....	8
Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir.....	13
Sección 2.1: Si desea seguir en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).....	13
Sección 2.2: Si decide cambiar de plan.....	13
Sección 3: Fecha límite para cambiar de plan.....	14
Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare.....	15
Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	15
Sección 6: ¿Preguntas?.....	16
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)	16
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	17

Sección 1: Cambios a los beneficios y costos el próximo año

SECCIÓN 1.1: Cambios a la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted.)	\$38.10	\$38.80

- La prima mensual del plan será mayor si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se debe al hecho de no haber contado (por 63 días o más) con una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura también se le denomina “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La prima mensual del plan será menor si recibe el programa Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos con receta.

SECCIÓN 1.2: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos con receta dependen de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura **únicamente** si las surte en una farmacia que sea parte de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que tal vez le ofrezcan un costo compartido menor que el costo compartido estándar ofrecido para algunos medicamentos por otras farmacias de la red.

Habrá cambios a nuestra red de farmacias el próximo año. El Directorio de Farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web www.myAARPMedicare.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para que le envíen por correo un Directorio de Farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias 2020 para encontrar farmacias de nuestra red.**

SECCIÓN 1.3: Cambios a la cobertura de medicamentos con receta de

la Parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de medicamentos”. **Para obtener una Lista de Medicamentos completa** llame a Servicio al Cliente (vea la contracubierta) o visite nuestro sitio web (www.myAARPMedicare.com).

La Lista de Medicamentos sufrió cambios; entre ellos, cambios a los medicamentos que cubrimos y a las restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción.**

Si un cambio en la cobertura de medicamentos le afecta:

- **Consulte a su médico (u otro profesional autorizado para recetar) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de la **Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- **Consulte a su médico (u otro profesional autorizado para recetar) para encontrar un medicamento diferente** que sí tenga cobertura. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunos casos se nos exige que cubramos, en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos (Formulario) o que tiene restricciones de algún tipo. (Si desea saber cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 3 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento que sí esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que está usando.

Si obtuvo autorización para una excepción de la lista de medicamentos (formulario) este año, refiérase a la carta de autorización que indica la fecha de vencimiento de la autorización. Una vez pasada la fecha de vencimiento que indica la carta de autorización, es posible que necesite obtener una nueva autorización para que el plan continúe cubriendo el medicamento (siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario). Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 7 de la Evidencia de Cobertura o llame a Servicio al Cliente.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) para pedirnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento. Continuaremos actualizando de manera programada nuestra Lista de Medicamentos en Internet y proporcionaremos cualquier otra información necesaria que identifique los cambios en los medicamentos. (Consulte la Sección 6 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los posibles cambios que hagamos a la Lista de Medicamentos).

Cambios a los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en el programa “Ayuda Adicional” que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si recibe el programa “Ayuda Adicional”, recibirá la "Cláusula Adicional LIS" a más tardar el 30 de septiembre de 2019. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS (“LIS Rider”). Los números de teléfono del Servicio al Cliente están en la Sección 6.1 de esta guía.

Las etapas de pago de medicamentos son cuatro. La cantidad que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**, disponible en Internet en www.myAARPMedicare.com. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para que le enviemos una copia de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2019 (año actual)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual En esta etapa usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$415.</p>	<p>El deducible es \$435.</p>

Cambios al costo compartido que le corresponde a usted en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4, **Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos**, de la **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2019 (año actual)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que haya pagado el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$6 por cada receta</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$1 por cada receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$13 por cada receta</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$8 por cada receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$35 por cada receta</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$6 por cada receta</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$1 por cada receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$13 por cada receta</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$8 por cada receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga \$32 por cada receta</p>

Etapa	2019 (año actual)	2020 (próximo año)
	<p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$30 por cada receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga 33% del costo total</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga 25% del costo total</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>	<p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga \$27 por cada receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga 35% del costo total</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga 35% del costo total</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad:</p> <p>Costo compartido en farmacia estándar: Usted paga 25% del costo total</p> <p>Costo compartido en farmacia preferida: Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>

Cambios a la etapa sin cobertura y a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la Etapa sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, son para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa sin Cobertura ni a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.** Para obtener información sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir

SECCIÓN 2.1: Si desea seguir en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Pero, si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan 2020.

SECCIÓN 2.2: Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2020, siga estos pasos:

Paso 1: Entérese de sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en otro plan de medicamentos con receta de Medicare.
- O bien**, usted puede cambiarse a un plan de salud de Medicare. Algunos de los planes de salud de Medicare incluyen la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D,
- O bien**, usted puede mantener la cobertura de salud que tiene actualmente de parte de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2020**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus afiliadas ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos planes pueden tener diferencias de cobertura, primas mensuales y costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura actual

- Para **cambiarse a otro plan de medicamentos con receta de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Se le cancelará automáticamente la inscripción en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).
- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare**, inscribese en un plan nuevo. Dependiendo del tipo de plan que elija, posiblemente se le cancelará automáticamente la inscripción en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP).
 - Se le cancelará automáticamente la inscripción en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) si se inscribe en cualquier plan de salud de Medicare que incluya cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. También se le cancelará automáticamente la inscripción si se inscribe en un plan tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o en una Organización de Proveedores Preferentes de Medicare (Preferred Provider Organization, PPO), aunque no incluya cobertura de medicamentos con receta.
 - Si elige un plan por tarifa de servicio privado sin cobertura de medicamentos de la Parte D, un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare o un plan de costos de Medicare, puede inscribirse en ese plan y mantener el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) para la cobertura de sus medicamentos. El hecho de inscribirse en uno de estos planes no le cancelará automáticamente la inscripción en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). Si se inscribe en este tipo de plan y quiere dejar nuestro plan, debe pedir que le cancelen la inscripción en el plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). Para solicitar que le cancelen la inscripción, envíe su solicitud por escrito o llame al Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de esta guía).
 - **O bien**, llame al **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3: Fecha límite para cambiar de plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan de medicamentos con receta o a un plan de salud de Medicare, podrá hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Se pueden hacer cambios en otras fechas del año?

En ciertos casos, se permite hacer cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, es posible que se les permita hacer cambios durante otros períodos del año a las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratis sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que ofrece ayuda y cuenta con consejeros capacitados en todos los estados. En Texas, este programa se llama Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

El Programa Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) es un programa independiente, es decir, no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratis** para el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare. Los consejeros del Programa Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) le darán respuesta a preguntas o problemas relacionados con Medicare. También podrán ayudarle a que tenga claras las opciones de su plan de Medicare y responderán sus preguntas para cambiar de plan. Llame al Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) al número 1-800-252-9240.

Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se listan las distintas clases de ayuda:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos del programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos con receta. Si esto ocurre, Medicare podría pagar hasta 75% o más del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, las personas que califican no pasarán por la etapa sin cobertura ni pagarán la multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen los requisitos pero no lo saben. Para saber si cumple los requisitos de participación, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas del día, los 7 días de la semana;

- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica en su estado.** Texas tiene un programa llamado Texas Kidney Health Care Program que ofrece ayuda con el pago de los medicamentos con receta basándose en la situación financiera, edad o condición médica de la persona en cuestión. Para obtener más información, comuníquese con el programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program) de su estado. (El nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación y que tienen VIH o sida tengan acceso a los medicamentos contra el virus de inmunodeficiencia humana para salvar su vida. Las personas deben cumplir con los siguientes requisitos, comprobante de residencia en su estado, su estado con respecto al virus, percibir bajos ingresos según la definición del estado, y no tener seguro de salud o tener uno insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por este programa, califican para recibir ayuda con el costo compartido a través de su programa ADAP estatal. Para obtener más información sobre los requisitos de participación, los medicamentos que tienen cobertura, o si desea saber cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP de su estado. Encontrará esta información en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6: ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP)

¿Tiene preguntas? Estamos a sus órdenes. Llame al Servicio al Cliente al número 1-866-460-8854. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos las llamadas telefónicas 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Le recomendamos leer su Evidencia de Cobertura 2020 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2020. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2020** del plan AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta con cobertura. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: www.myAARPMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Visite nuestro sitio web

Estamos para servirle en nuestro sitio web www.myAARPMedicare.com. A manera de recordatorio: nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de farmacias (Directorio de Farmacias) y de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).

SECCIÓN 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

El sitio web de Medicare es <https://es.medicare.gov>. En esta página encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que compare los planes de medicamentos con receta de Medicare. Use el Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

Lea Medicare y Usted 2020

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2020**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones del programa y contiene respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) Servicio al Cliente:

Llame al **1-866-460-8854**

Las llamadas a este número son gratis 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratis 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.

Escriba a P.O. Box 29675
Hot Springs, AR 71903-9675

Sitio web **www.myAARPMedicare.com**