



Health Choice Generations (HMO D-SNP)

# **2020 AVISO ANUAL DE CAMBIOS** ARIZONA

Sirviendo los condados de Apache, Coconino, Gila,  
Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal, and Yavapai.



## **Health Choice Generations (HMO D-SNP) ofrecido por Health Choice Arizona, Inc.**

### **Aviso anual de cambios para 2020**

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Health Choice Generations. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se le informan los cambios.*

---

#### **Qué debe hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
  - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
  - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
  
- Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que figuran en el folleto para saber si le afectan.
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
  - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir la receta?
  - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de medicamentos de 2020 y consulte la Sección 1.6 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 alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto puede implicar un ahorro en los costos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles informativos destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año tras año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán 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 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos de atención médica generales.
  - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
  - ¿Cómo se comparan sus 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 función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (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 del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan.

- Si desea **conservar** Health Choice Generations, no necesita hacer nada. Seguirá inscrito en Health Choice Generations.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la sección 2.2, página 17, para obtener más información sobre sus opciones.

## 4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, seguirá inscrito en Health Choice Generations.
- Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al (800) 656-8991. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en un idioma distinto del inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al número que aparece arriba.
- **La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

## Acerca de *Health Choice Generations*

- Health Choice Generations HMO D-SNP es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Health Choice Generations HMO D-SNP depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Health Choice Generations.

## Resumen de costos importantes para 2020

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2019 y 2020 para Health Choice Generations en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la Evidencia de cobertura se encuentra en nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * La prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.	\$0 - \$31.60 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 - \$28.10 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
<b>Deducible</b>	\$0 o \$185  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.	\$0 o \$198  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% del costo por visita  Visitas a especialistas: Copago de \$0 o 20% del costo por visita  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% del costo por visita  Visitas a especialistas: Copago de \$0 o 20% del costo por visita  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$341 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$682 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>

**Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

(Consulte la Sección 2.6 para obtener información detallada).

Deducible: \$0 u \$85

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será \$0 u \$85, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.

Si su deducible es \$85: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$85 por sus medicamentos.

Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$415.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$1.25 o
- Copago de \$3.40 o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$3.80 o
- Copago de \$8.50 o
- 15%

Deducible: \$0 u \$89

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.

Si su deducible es \$89: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$89 por sus medicamentos.

Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$435.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$1.30 o
- Copago de \$3.60 o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$3.90 o
- Copago de \$8.95 o
- 15%

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.	Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.
<p><b>Monto máximo de bolsillo</b></p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## ***Aviso anual de cambios para 2020***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo.....	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores .....	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias .....	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	15
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>19</b>
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Health Choice Generations.....	19
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid) .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>22</b>
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Health Choice Generations .....	22
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	22
Sección 6.3: Cómo obtener ayuda del AHCCCS (Medicaid).....	23

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted).</p>	<p>\$0 - \$31.60 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>	<p>\$0 - \$28.10 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>

## Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “monto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Monto máximo de bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo.</b></p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid) con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

## Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Intentaremos de buena fe notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retirará del plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si le están realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si considera que no hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo del proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará del plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

---

## Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

---

Es posible que los montos que paga por los medicamentos recetados dependan de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *solo* si las surte en alguna de las farmacias de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

---

## Sección 1.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los beneficios y los costos de Medicare.

Nosotros cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (qué servicios están cubiertos y qué debe pagar)*, de la *Evidencia de cobertura de 2020*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com).

También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

<b>Costo</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<b>Deducible</b>	\$0 o \$185  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.	\$0 o \$198  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
<b>Podología/Atención de rutina de los pies (Beneficio complementario)</b>	La atención de rutina de los pies no está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por visita al consultorio. Hasta 12 visitas por año.
<b>Servicios del centro quirúrgico ambulatorio</b>	Se requiere autorización previa.	No se requiere autorización previa.
<b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.	Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.  Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.  Días 61 a 90: Coseguro de \$341 por día de cada período de beneficios.  Día 91 en adelante: Coseguro de \$682 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).  Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.	Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.  Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.  Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.  Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).  Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
		conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: coseguro de \$170.50 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 101 en adelante: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: coseguro de \$176 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 101 en adelante: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Hospitalización psiquiátrica</b></p>	<p>Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$341 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$682 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p><b>Transporte (Beneficio complementario)</b></p>	<p>El transporte no está cubierto.</p>	<p>Copago de \$0, 24 viajes de ida para la ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan</p>
<p><b>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)</b></p> <p>¿Hay vendedores/fabricantes preferidos para el equipo médico duradero?</p>	<p>No</p>	<p>Sí</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</b> <b>(Beneficio complementario)</b>	Asignación de \$100 por trimestre (cada tres meses)	Asignación de \$150 por trimestre (cada tres meses)
<b>Beneficio de comidas</b> <b>(Beneficio complementario)</b>	No se requiere autorización previa.	Se requiere autorización previa.
<b>Membresía de acondicionamiento físico</b> <b>(Beneficio complementario)</b>	La membresía de acondicionamiento físico no está cubierta.	Copago de \$0  El programa de ejercicios y envejecimiento saludable de Silver & Fit proporciona a los miembros los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros reciben una membresía del centro de acondicionamiento físico.</li> <li>• Los tipos de centros de acondicionamiento físico disponibles incluyen centros completos, centros mixtos básicos, YMCA, centros específicos de género y centros de ejercicio.</li> <li>• Los asesores de acondicionamiento físico en los centros contratados de Silver &amp; Fit se reunirán con los miembros de Silver &amp; Fit para presentarles el centro de acondicionamiento físico y ayudarles a inscribirse en dicho centro.</li> </ul>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales (Beneficio complementario)</b></p>	<p>Suministramos \$2,500 por año para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 exámenes bucales por año, 1 cada 6 meses.</li> <li>• 2 profilaxis (limpieza) por año, 1 cada 6 meses.</li> <li>• No tratamiento con flúor.</li> <li>• 1 radiografía dental por año.</li> </ul> <p>No dentaduras postizas</p> <p>No se requiere autorización previa.</p> <p>El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva en el consultorio. Las radiografías deben hacerse durante la visita preventiva en el consultorio. Una radiografía dental por año, que consiste en una de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una radiografía de aleta de mordida o radiografía simple; O</li> <li>• una radiografía de toda la boca (FMX, por sus siglas en inglés), que también se conoce como radiografía panorámica. La radiografía completa/panorámica solo se permite una vez cada 36 meses.</li> </ul>	<p>Suministramos \$3,000 por año para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 exámenes bucales por año, 1 cada 6 meses.</li> <li>• 2 profilaxis (limpieza) por año, 1 cada 6 meses.</li> <li>• 1 tratamiento con flúor por año.</li> <li>• 2 radiografías dentales por año.</li> </ul> <p>Dentaduras postizas cubiertas una vez cada 5 años. Ajustes hasta 4 por año.</p> <p>Se requiere autorización previa para las dentaduras postizas.</p> <p>El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva en el consultorio. Las radiografías deben hacerse durante la visita preventiva en el consultorio. Una radiografía dental por año, que consiste en una de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una radiografía de aleta de mordida o radiografía simple; O</li> </ul> <p>una radiografía de toda la boca (FMX, por sus siglas en inglés), que también se conoce como radiografía panorámica. La radiografía completa/panorámica solo se permite una vez cada 36 meses.</p>
<p><b>Servicios de visión: anteojos (beneficio complementario)</b></p>	<p>Pagamos una asignación de hasta \$325 que puede usar para comprar lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas).</p>	<p>Pagamos una asignación de hasta \$300 que puede usar para comprar lentes de contacto, anteojos (lentes y monturas).</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTP, por sus siglas en inglés)</b>	Programa de tratamiento de opioides no cubierto.	Copago de \$0 o 20% del costo para el programa de tratamiento de opioides (OTP)
<b>Medicamentos de la Parte B: Terapia escalonada</b>	Terapia escalonada no cubierta.	La terapia escalonada está cubierta para:  Medicamentos de la Parte B a Medicamentos de la Parte B y Medicamentos de la Parte D a Medicamentos de la Parte B
<b>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas</b>  Si se le diagnostica las siguientes afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir los beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de las arterias coronarias con diabetes</li> <li>• Cáncer activo</li> <li>• Insuficiencia renal después de un trasplante</li> </ul>	Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas no cubiertos.	Copago de \$0  Los servicios incluyen:  Asistencia en la realización de actividades de la vida diaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descanso para los cuidadores</li> <li>• Compañía</li> <li>• Ayuda para bañarse y ducharse</li> <li>• Ayuda para vestirse y arreglarse</li> <li>• Trabajo doméstico ligero (limpieza, lavandería, vajilla)</li> <li>• Transporte para los recados</li> <li>• Transporte para las citas médicas</li> <li>• Preparación de las comidas</li> <li>• Recordatorios de medicamentos</li> </ul> Además, ofrecemos llamadas semanales para verificar su bienestar. Sin costo alguno.  Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
		persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. Total de 8 horas por mes (turnos de 2 horas semanales o turnos de 4 horas bimensuales).

## Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de la Lista de medicamentos se entrega en formato electrónico.

Hemos modificado nuestra Lista de medicamentos, con cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe 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 para Miembros.
- **Trabajar con su médico (o prescriptor) para buscar otro medicamento** que sí esté cubierto. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). En el transcurso del período en el que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para determinar qué hará cuando el suministro se acabe. Puede cambiar de medicamento y utilizar otro cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales al formulario aprobado se cumplirán hasta la fecha comunicada en su carta de aprobación. Si planea continuar utilizando su medicamento más allá de esa fecha, le alentamos a que se comunique con nosotros para enviar otra solicitud de excepción al formulario antes de que venza su aprobación actual. Trabajaremos con su médico para obtener la información necesaria para revisar su solicitud y renovar la excepción.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, en el transcurso del año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2020, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo en el mismo nivel de costos compartidos o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero trasladarlo inmediatamente a un nivel de costos compartidos más alto o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de costos compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni obtendrá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero esta puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos en el transcurso del año, aún puede trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y suministrando otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos efectuar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura).

### **Cambios en los costos de los medicamentos recetados**

*Nota:* Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le hemos enviado un documento aparte, llamado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para el pago de medicamentos recetados” (también llamado “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula de LIS”), donde se le informan los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2019, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”. Los números de teléfono de Servicios para Miembros se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos 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 de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*).

## Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 u \$85, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>

## Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos*, de la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga la suya.</b></p>	<p>Costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <p><b>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0</li> <li>• \$1.25 o</li> <li>• \$3.40 o</li> <li>• 15%</li> </ul> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Según su</p>	<p>Costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <p><b>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0</li> <li>• \$1.30 o</li> <li>• \$3.60 o</li> <li>• 15%</li> </ul> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Según su</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 o</li> <li>• Copago de \$3.80 o</li> <li>• Copago de \$8.50 o</li> <li>• 15%</li> </ul> Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.	nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 o</li> <li>• Copago de \$3.90 o</li> <li>• Copago de \$8.95 o</li> <li>• 15%</li> </ul> Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes o 31 días cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).	Una vez que haya pagado \$6,350 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

### Cambios en la etapa de falta de cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de la cobertura de medicamentos para las personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas dos etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Health Choice Generations

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en otro plan ni cambia a Medicare original, seguirá inscrito de manera automática como miembro de nuestro plan para 2020.

### Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas.

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- -- *O* -- Puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Si cambia a Medicare original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020), llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: Cambie de cobertura.

- Para cambiar a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Health Choice Generations se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Health Choice Generations se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguno de estos dos pasos:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono figuran en la Sección 8.1 de este folleto).
- – 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 la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

### SECCIÓN 3    Cómo cambiar de plan

Si desea cambiar de plan o cambiar a Medicare original el próximo año, puede hacerlo a partir de ahora hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

#### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con AHCCCS (Medicaid), quienes reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen cobertura por medio de su empleador o cancelan la cobertura de su empleador y quienes se mudan del área de servicio pueden tener permitido hacer un cambio en otros momentos del año.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está satisfecho con el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o a Medicare original (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

### SECCIÓN 4    Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguro Médico de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a personas con Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al SHIP de Arizona al 1-800-432-4040. Puede obtener más

información sobre el SHIP de Arizona visitando su sitio web <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios del AHCCCS (Medicaid), comuníquese con el AHCCCS (Medicaid) al 1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587) o 1-602-417-4000, TTY 1-800-367-8939, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados estatales. Consulte de qué manera la inscripción en otro plan o la reinscripción en Medicare original afectan el modo en que recibe la cobertura del AHCCCS (Medicaid).

## **SECCIÓN 5    Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados**

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene el AHCCCS (Medicaid), usted ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La ayuda adicional paga algunas de las primas, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Debido a que usted reúne los requisitos, no hay un período sin cobertura ni debe pagar una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la ayuda adicional, llame a alguno de los siguientes números:
  - 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 entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
  
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia estatal y el estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540 o 1-602-364-3610.

## **SECCIÓN 6    ¿Tiene preguntas?**

### **Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Health Choice Generations**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea la *Evidencia de cobertura de 2020* (contiene información detallada sobre los beneficios y los costos del próximo año).**

El presente *Aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios en los beneficios y los costos para 2020. Para obtener información detallada, consulte la Evidencia de cobertura de 2020 de Health Choice Generations. La Evidencia de cobertura es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la Evidencia de cobertura se encuentra en nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura.

**Visite nuestro sitio web.**

También puede visitar nuestro sitio web [www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com). Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

### **Sección 6.2: 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 costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” Buscar planes de salud y de medicamentos).

---

**Lea el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020).**

Puede leer el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://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 de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

**Sección 6.3: Cómo obtener ayuda del AHCCCS (Medicaid)**

---

Para obtener información del AHCCCS (Medicaid) puede llamar al AHCCCS (Medicaid) al 1-855-HEA-PLUS, (1-855-432-7587) o 1-602-417-4000, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-367-8939.

# NOTICE OF NON-DISCRIMINATION

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health Choice Generations (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Choice Generations does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Generations:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Generations  
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
Phone: 1-800-656-8991  
Fax: 480-760-4739  
TTY: 711

If you believe that Health Choice Generations has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Generations  
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
Phone: 1-800-656-8991  
Fax: 480-760-4739  
TTY: 711

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

This information is available in other formats, such as Braille, large print, and audio.

# AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health Choice Generations (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Health Choice Generations no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Generations:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

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

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Generations  
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
Teléfono: 1-800-656-8991  
Fax: 480-760-4739  
TTY: 711

Si considera que Health Choice Generations no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Generations  
Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900  
Phoenix, AZ 85008  
Teléfono: 1-800-656-8991  
Fax: 480-760-4739  
TTY: 711

Puede presentar una queja formal personalmente o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

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

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 queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

---

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

# MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICES

as required by Section 1557 of the Affordable Care Act



ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8AM – 8PM, 7 days a week.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711).

請注意：若您使用繁體中文，您可以接受免費的語言協助服務。請致電 1-800-656-8991 (TTY: 711)。

Bilagáana bizaad doo bee yánífti' dago dóo saad náána la' bee yánífti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i' . Kojí' hodílnih 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số 1-800-656-8991 (TTY: 711).

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجانًا. اتصل على 1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό 1-800-656-8991 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક 1-800-656-8991 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili per lei servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711).







**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA MIEMBROS:**

1-800-656-8991 | TTY 711

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

**VISITE NUESTRO SITIO WEB EN:**

[www.HealthChoiceGenAZ.com](http://www.HealthChoiceGenAZ.com)