

MMM Platinum (HMO-SNP) ofrecido por MMM of Florida, Inc.

Notificación Anual de Cambios 2020

Usted está actualmente miembro a MMM Platinum. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

I. PREGUNTE: Qué cambios le aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Busque en las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
 - ¿Tiene alguno de sus medicamentos nuevas restricciones, como por ejemplo la necesidad de nuestra aprobación antes de procesar su receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos para el 2020 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pudieron haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico para alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede representar un ahorro en sus costos máximos de bolsillo durante el año. Para recibir información adicional sobre los costos de los medicamentos, visite <https://es.medicare.gov/part-d/costs/part-d-costs.html>. Estas tablas resaltan los fabricantes que han estado aumentando sus precios y también presentan otra información de medicamentos de año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuál será el cambio de los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluyendo los especialistas que visitas regularmente, en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Busque en la Sección 1.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.

- Piense en los costos totales de su cuidado de salud.
 - ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto pagará por su prima y deducibles?
 - ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si usted está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Busque información sobre otras opciones de plan

- Verifique la cobertura y costos de planes en su área.
 - Utilice el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare <https://es.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos".
 - Revise la lista al dorso de su folleto Medicare y Usted.
 - Busque en la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cobertura en la página de Internet del plan.

3. **ESCOJA:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si quiere **quedarse** en MMM Platinum, no tiene que hacer nada. Usted se quedará en MMM Platinum.
- Si quiere **cambiar a un plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre octubre 15 y el 7 de diciembre. Busque en la sección 2.2, página 12 para obtener más información sobre sus opciones.

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

- Si no se une a otro plan para el **7 de diciembre de 2019**, se quedará en MMM Platinum.

- Si se une a otro plan entre **15 de octubre y del 31 de diciembre 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos Adicionales

- Esta información está disponible de forma gratuita en español e inglés.
- Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-844-212-9858 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
- Si lo solicita, esta información puede estar disponible en diferentes formatos, como Braille, letra agrandada, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Miembro si necesita la información de nuestro plan en algún otro formato.
- **La cobertura bajo este plan cualifica como Cobertura Médica Cualificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida para individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés).** Por favor, visite la página de Internet del Servicio de Rentas Internas (IRS) en <https://www.irs.gov/es/spanish> para más información.

Sobre MMM Platinum

- MMM of Florida, Inc. es un plan de cuidado coordinado con un contrato Medicare Advantage y un contrato con Florida Agency for Healthcare Administration. La afiliación en MMM of Florida, Inc. depende de la renovación del contrato.
 - Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM of Florida, Inc. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a MMM Platinum.
-

Resumen de los costos importantes para el 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y de los costos del 2020 para MMM Platinum 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 nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*. Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas a la oficina del doctor y estadias hospitalarias.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Vea la I.I para detalles.	\$0 o hasta \$30.30 prima mensual	\$0 o hasta \$28.50 prima mensual
Visitas a oficinas médicas	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita	Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita
Estadias hospitalarias Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes del día de alta, es su último día de cuidado hospitalario.	\$0 de copago por estadía	\$0 de copago por estadía

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la sección 1.6 para detalles.)</p>	<p>Deducible: \$415</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$45 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamento No Preferido): \$100 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): 25% de coaseguro 	<p>Deducible: \$435</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genéricos Preferidos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genéricos): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$45 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamento No Preferido): \$100 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Medicamentos de Especialidad): 25% de coaseguro
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Éste es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B. (Vea la sección 1.2 para detalles.)</p>	<p>\$500</p> <p>Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar la cantidad máxima de pagos de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$500</p> <p>Si usted es elegible para asistencia para los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar la cantidad máxima de pagos de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y Parte B.</p>

Notificación Anual de Cambios para el 2020

Tabla de Contenido

Resumen de los costos importantes para el 2020	1
SECCIÓN 1 Los cambios en los beneficios de Medicare y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias	6
Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	12
Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en MMM Platinum.....	12
Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Cambiando de Plan.....	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	14
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados	15
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	16
Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de MMM Platinum	16
Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare.....	16
Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid.....	17

SECCIÓN I Los cambios en los beneficios de Medicare y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima Mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 o hasta \$30.30 prima mensual	\$0 o hasta \$28.50 prima mensual

Sección 1.2 – Cambios en la cantidad máxima de pagos de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se llama la "cantidad máxima de pagos de su bolsillo." Cuando alcance esta cantidad, por lo general no paga nada por los servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo</p> <p>Dado a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, son pocos los miembros que alcanzan este costo máximo en pagos de su bolsillo.</p>	\$500	<p>\$500</p> <p>Cuando usted ha pagado \$500 de su bolsillo por servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos bajo la Parte A y Parte B por el resto del año calendario.</p>
<p>Si usted es elegible para asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no será responsable de pagar cualquier costo de su bolsillo para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>		
<p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos), cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo. Sus costos por la Prima del Plan y por los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p>		
<p>No hay cambios para el próximo año.</p>		

Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2020 para ver si sus proveedores (médico primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en nuestra red de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay un sinnúmero de

razones por las cuales su proveedor puede dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, nosotros le damos a usted el acceso ininterrumpido a doctores y especialistas cualificados.
- Haremos un intento de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de anticipación si su proveedor deja nuestro plan para que usted tenga oportunidad de escoger un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a escoger un nuevo proveedor cualificado para que continúe manejando el cuidado de su salud.
- Si usted está bajo algún tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarlo.
- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor anterior o que su tratamiento no se está manejando de forma apropiada, usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su doctor o proveedor estará dejando el plan, por favor comuníquese con nosotros para poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que usa. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas *solo* están cubiertas si las obtiene en las farmacias de la red.

Habrán cambios en la red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Por favor revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa de los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación se describen estos cambios. Para detalles sobre cobertura y costo por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su Evidencia de Cobertura de 2020. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestra

página de Internet en www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Sistema de Respuesta de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)- Suplementario	<p>Usted paga \$0 copago por la instalación del Sistema de Respuesta de Emergencia (PERS) suplementario.</p> <p>Usted paga \$25 de cargo mensual por servicios de monitoreo del Sistema de Respuesta de Emergencia (PERS) suplementario.</p>	Sistema de Respuesta de Emergencia (PERS) suplementario no está cubierto.
Dental Comprensivo - Suplementario	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios de restauración suplementarios.</p> <p>Poste y Reconstrucción de Muñón y/o Corona Individual no cubierto.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por servicios de restauración suplementarios.</p> <p>Usted es elegible para hasta dos (2) tratamientos de poste y reconstrucción de muñón y/o coronas individuales al año por diente por vida.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". En este sobre hay una copia de nuestra Lista de Medicamentos.

Hemos realizado cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Hablar con su médico (u otro que le recete) y pedirle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Exhortamos a miembros actuales** a solicitar una excepción antes de comenzar el nuevo año.
 - Para saber lo que debe hacer para solicitar una excepción, vea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja? (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios al Miembro.
- **Verifique con su médico (u otro que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Miembro para pedir una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

Para el 2020, los miembros que residan en una facilidad de cuidado prolongado recibirán un suplido temporero que será igual a la cantidad de suplido temporero que se provee en todos los otros casos: un suplido de 30 días de medicamento, en vez de la cantidad provista en el 2019 (suplido de 91 días de medicamento). (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suplido temporero y cómo solicitarlo, vea el Capítulo 5, Sección 5.2 de la Evidencia de Cobertura). Debe hablar con su médico durante el tiempo en que esté recibiendo el suplido temporero para decidir qué hacer cuando se le acabe el suplido temporero. Usted puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o puede pedirle al plan que haga una excepción para cubrirle su medicamento.

El plan le ofrece orientación a los miembros afectados sobre cómo proceder luego de que se les provea un despacho temporero, para que se efectúe una transición apropiada y significativa al final del período de transición. Sin embargo, hasta tanto la transición se lleve a cabo, ya sea mediante el cambio a un medicamento del formulario que sea apropiado, o la decisión sobre una solicitud de excepción, se le continuará cubriendo el medicamento, siempre y cuando no sean medicamentos que no estén cubiertos bajo la Parte D de Medicare.

El plan continuará proviendo al miembro los medicamentos necesarios mediante una extensión del período de transición, dependiendo del caso, en la medida en que su solicitud de excepción o apelación no haya sido procesada cuando finalice el término mínimo del período de transición y hasta el momento en que se realice una transición.

Las excepciones se continuarán cubriendo durante el período (generalmente un año calendario) para el cual fueron aprobadas, independientemente de cuándo se aprobó el medicamento. No es necesario solicitar una nueva excepción al comienzo del año a menos de que la preautorización expire.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, pudiésemos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare durante el año.

Comenzando en el 2020, pudiésemos remover inmediatamente un medicamento de marca de su Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico en un mismo o más bajo nivel de costo compartido, con las mismas o menores restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en su Lista de Medicamentos, pero pudiésemos moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido distinto o añadirle nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado por un nuevo medicamento genérico (o el nivel de costo compartido o la restricción del medicamento de marca cambia), usted no siempre recibirá notificación del cambio 30 días antes de que se realice el cambio ni recibirá un despacho mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca, usted recibirá información del cambio específico que realizamos, pero puede recibirla luego de que se haya realizado el cambio.

Cuando realizamos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro que le recete) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando la Lista de Medicamentos en nuestra página de Internet y proveeremos cualquier otra información requerida para reflejar cambios en los medicamentos. (Para saber más acerca de cambios que pudiéramos realizarle a la Lista de Medicamentos, revise el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Extra Help”), **la información sobre costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede que no le aplique a usted.** Le enviamos un documento aparte llamado “Modificación de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocido como “Modificación del subsidio por bajos ingresos o “LIS Rider”), que le explica la cobertura de sus medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento para el 30 de septiembre de 2019, por favor llame a Servicios al Miembro y solicite el “LIS Rider”. Los números de teléfono para Servicios al Miembro se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos.” Cuánto usted paga por un medicamento de la Parte D dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la cual usted se encuentra. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de las etapas.)

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a las primeras 2 etapas –La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras 2 etapas – La Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en su *Resumen de Beneficios* o en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa I: Etapa Anual de Deducible</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Marca Preferida, Marca No-Preferida y Medicamentos de Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$415.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para medicamentos en Nivel 1- Genéricos Preferidos, Nivel 2- Genéricos y el costo completo de medicamentos en Nivel 3- Marca Preferida, Nivel 4-Marca No Preferida y Nivel 5- Medicamentos de Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$435.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costo compartido para medicamentos en Nivel 1- Genéricos Preferidos, Nivel 2- Genéricos y el costo completo de medicamentos en Nivel 3- Marca Preferida, Nivel 4-Marca No Preferida y Nivel 5- Medicamentos de Especialidad hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cobertura Inicial

Para conocer cómo funcionan los copagos y coaseguros, vaya al Capítulo 6, Sección 1.2 *Tipos de costos que podría pagar de su bolsillo por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p>
<p>Una vez pague su deducible anual se moverá a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: \$0 copago por medicamento recetado.</p>	<p>Nivel 1 Genéricos Preferidos: \$0 copago por medicamento recetado.</p>
<p>Los costos en este renglón son por un suministro para un mes (30 días) cuando se le despache su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar.</p>	<p>Nivel 2 Genérico: \$0 copago por medicamento recetado.</p>	<p>Nivel 2 Genérico: \$0 copago por medicamento recetado.</p>
<p>Para información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Nivel 3 Marca Preferida: \$45 copago por medicamento recetado.</p>	<p>Nivel 3 Marca Preferida: \$45 copago por medicamento recetado.</p>
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para ver si su medicamento se encontrará en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Nivel 4 Medicamento No Preferido: \$100 copago por medicamento recetado.</p>	<p>Nivel 4 Medicamento No Preferido: \$100 copago por medicamento recetado.</p>
<p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$4,500, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Nivel 5 Medicamentos de Especialidad: 25% coaseguro del costo total.</p>	<p>Nivel 5 Medicamentos de Especialidad: 25% coaseguro del costo total.</p>
<p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$4,500, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$4,500, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Una vez su costo total de medicamentos haya alcanzado \$4,500, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted es elegible para hasta cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.</p>	<p>Este plan cubre los siguientes Medicamentos Excluidos:</p> <p>Medicamentos para la Disfunción Eréctil</p> <p>Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted es elegible para hasta cuatro (4) pastillas recetadas cada mes.</p>

Cambios a las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica son otras dos etapas en la cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de estas dos etapas.**

Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si usted desea permanecer en MMM Platinum

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se afilia en un plan diferente o cambia a Medicare Original, automáticamente seguirá miembro en nuestro plan para el 2020.

Sección 2.2 – Si usted quiere cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede unirse a otro plan de salud de Medicare,

- – O– Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos de Medicare.

Si cambia a Medicare Original, usted tendrá que decidir si se afilia a un plan de Medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 4), o llame a Medicare (ver Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página electrónica de Medicare. Diríjase a <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y de medicamentos". **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como un recordatorio, MMM of Florida, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser distintos en cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar **a un plan de salud diferente de Medicare**, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Platinum.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de MMM Platinum.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe hacer una de las siguientes:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos aparecen en la sección 6.1 de este folleto).
 - —o— llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800- 633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para solicitar su desafiliación. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se afilia a un plan separado de medicamentos Medicare, Medicare puede afiliarlo a un plan de medicamentos a menos que usted haya escogido no participar en inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambiando de Plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo desde ahora hasta **el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2020.

¿Existen otras épocas del año para hacer un cambio?

En algunas situaciones, también se permiten cambios durante otras épocas del año. Por ejemplo, se les pudiese permitir hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que están dejando una cobertura patronal, y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se afilió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados) o puede cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos recetados) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con consultores adiestrados en cada estado. En Florida, el SHIP es Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

El Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es independiente (no está conectada con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud para personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar al Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8770. Usted puede conocer más acerca del Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) visitando su página electrónica (<http://www.floridashine.org>).

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, llame a la Administración para el Cuidado de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) al 1-888-419-3456, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Usuarios de TTY (audioimpedidos) deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte cómo se afecta la forma en que recibe su cobertura Administración para el Cuidado

de la Salud de Florida (AHCA, por sus siglas en inglés) si se une a otro plan o vuelve a Medicare Original.

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por Medicamentos Recetados

Puede cualificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare:** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito para recibir “Ayuda Adicional”, también llamada Subsidio para Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de las primas de su plan de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que cualifica, usted no tendrá una brecha de cobertura o penalidad por afiliación tardía. Si tiene dudas acerca de la Ayuda Adicional, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día/7 días a la semana.
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7:00 a.m. y 7:00 p.m., lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda con los costos 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 individuos elegibles que viven con VIH/ SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y la condición de VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro médico o tener una cobertura limitada. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cualifican para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través del programa ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (inglés), 1-800-545-7432 (español), 1-800-243-7101 (creole). Para TTY usuarios deben llamar al 1-888-503-7118. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP de Florida al 1-800-352-2437 (inglés), 1-800-545-7432 (español), 1-800-243-7101 (creole). Para TTY usuarios deben llamar al 1-888-503-7118

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Obteniendo ayuda de MMM Platinum

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 1-844-212-9858 (Libre de Cargos) para información adicional (Para TTY, llamar al 711) Estamos disponibles para llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a este número son libres de cargos.

Lea la *Evidencia de Cobertura de 2020* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios a sus beneficios y lo que pagará en el 2020. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cobertura de 2020* para MMM Platinum. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. La misma explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra nuestra página de Internet www.mmm-fl.com. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestra página de Internet

También puede visitar nuestra página de Internet en www.mmm-fl.com. Como recordatorio, nuestra página electrónica contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores y Farmacias) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

Sección 6.2 – Obteniendo ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite la página de Internet de Medicare

Visite la página de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, cobertura y sistemas de calificación por calidad para ayudarle a comparar planes de salud Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su área usando el Buscador de Planes de Medicare en la página de Internet de Medicare. (Para ver la información

acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar los Planes de Salud y de Medicamentos").

Lea Medicare y Usted 2020

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2020*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Cuenta con un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla a través de la página de Internet de Medicare (<https://medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días a la semana. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Obteniendo ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Florida Agency for Health Care Administration (AHCA) al 1-888-419-3456. Usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.