

First+Plus ELA Advantage (PPO) ofrecido por MMM Healthcare, LLC

Notificación Anual de Cambios para 2018

Usted está actualmente afiliado a First+Plus Gobierno Premium Rubí. El año que viene, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

- **Usted tiene desde el 2 de noviembre hasta el 14 de diciembre para hacer cambios en su cubierta de Medicare para el año que viene.**
-

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 verificar su cubierta ahora para asegurarse de que le van a funcionar a usted para el año que viene.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Busque en la Sección 2.1 y en la Sección 2.5 para obtener información sobre cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique los cambios en nuestra cubierta de medicamentos recetados para ver si le afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación de nosotros antes de llenar su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos al utilizar esta farmacia?

- Revise la Lista de Medicamentos para el 2018 y busque en la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cubierta de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.**
- ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Busque en la Sección 2.3 para obtener información sobre el Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Piense en los costos totales de su cuidado de salud.**
- ¿Cuánto va a pagar de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto va a pagar por su prima y deducibles?
 - ¿Cómo comparan los costos totales con otras opciones de cubierta 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 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez reduzca sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y su cubierta en la página de Internet del plan.

3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si quiere **quedarse** en First+Plus ELA Advantage, no tiene que hacer nada. Usted se quedará en First+Plus ELA Advantage.

- Si quiere cambiar a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 2 de noviembre y el 14 de diciembre.
- 4. AFÍLIESE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el 2 de noviembre hasta el 14 de diciembre de 2017
- Si no se une para el 14 de diciembre de 2017, se quedará First+Plus ELA Advantage
 - Si se une antes del 14 de diciembre de 2017, su nueva cubierta comenzará el 1 de enero de 2018.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en otros idiomas.
- Por favor, póngase en contacto con nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos) para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-4242). 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 el lenguaje Braille, inglés, en letra grande, cintas de audio y otros formatos. Favor de comunicarse con Servicios al Afiliado si necesita la información de nuestro plan en algún otro lenguaje o formato.
- **La cubierta bajo este plan cualifica como cubierta esencial mínima (MEC, 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/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para más información.

Sobre First+Plus ELA Advantage

- MMM Healthcare, LLC (PPO) es un plan con un contrato Medicare. La afiliación en MMM depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros" o "nuestro", se refiere a MMM Healthcare, LLC. Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a First+Plus ELA Advantage.
- Los proveedores no contratados/fuera de la red no están obligados a tratar afiliados de First+Plus ELA Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Para una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le exhortamos a que usted o su proveedor nos soliciten una determinación organizacional de pre-servicio antes de que reciba el servicio. Por favor, llame a nuestro número de Servicios al Afiliado o para más información consulte su Evidencia de Cubierta, incluyendo el costo compartido que aplique a servicios fuera de la red.

Resumen de los costos importantes para el 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 y de 2018 de First+Plus ELA Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de esta *Notificación Anual de Cambios* y revisar el documento de *Evidencia de Cubierta* adjunto para ver si algún otro cambio de beneficio o costo le afecta.**

Costos	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor a esta cantidad. Vea la Sección 2.1 para más detalles.</p>	<p>\$98.53 prima mensual</p> <p>La prima mensual del plan es pagada con la aportación patronal del pensionado.</p> <p>La prima mensual del plan para los dependientes es descontada de la pensión del retirado del ELA.</p>	<p>\$100 prima mensual</p> <p>La prima mensual del plan es pagada con la aportación patronal del pensionado.</p> <p>La prima mensual del plan para los dependientes es descontada de la pensión del retirado del ELA.</p>
<p>Cantidades máximas de bolsillo</p> <p>Éste es el <u>máximo</u> que usted tendrá que pagar de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Vea la Sección 2.2 para más detalles.)</p>	<p>Para proveedores de la red \$6,700</p> <p>Para proveedores en la red y fuera de la red combinados \$10,000</p>	<p>Para proveedores de la red \$6,700</p> <p>Para proveedores en la red y fuera de la red combinados \$10,000</p>
<p>Visitas a oficinas médicas</p>	<p>Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: \$7 de copago por visita.</p>	<p>Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita.</p> <p>Visitas a especialistas: \$5 de copago por visita.</p>
<p>Estadías hospitalarias</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de cuidado prolongado y otros tipos</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p>

<p>de servicios intrahospitalarios. El cuidado hospitalario comienza el día en que es admitido formalmente con una orden médica. El día antes al día en que le den de alta, es su último día de cuidado hospitalario.</p>	<p>Proveedores en la red</p> <p><u>Nivel 1- Red Preferida:</u> \$0 de copago por estadía</p> <p><u>Nivel 2-Red General:</u> \$25 de copago por estadía</p> <p>Proveedores fuera de la red: 20% de coaseguro por estadía.</p>	<p>Proveedores en la red</p> <p><u>Nivel 1- Red Preferida:</u> \$0 de copago por estadía</p> <p><u>Nivel 2-Red General:</u> \$25 de copago por estadía</p> <p>Proveedores fuera de la red: 20% de coaseguro por estadía.</p>
<p>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 2.6 para más detalles.)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genérico Preferido): \$3 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genérico): \$7 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$25 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamento No Preferido): \$35 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especialidad): 33% de coaseguro 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro durante la Etapa de Cubierta Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos Nivel 1 (Genérico Preferido): \$2 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genérico): \$5 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$20 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Medicamento No Preferido): \$30 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especialidad): 33% de coaseguro

Notificación Anual de Cambios para el 2018

Tabla de Contenido

Resumen de los costos importantes para el 2018.....	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 2.1 - Cambios a la prima mensual	4
Sección 2.2 - Cambios en las cantidades máximas de pagos de su bolsillo	5
Sección 2.3 - Cambios en la Red de Proveedores	6
Sección 2.4 - Cambios en la Red de Farmacias	6
Sección 2.5 - Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	7
Sección 2.6 - Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1 - Si usted desea permanecer en First+Plus Advantage	13
Sección 3.2 - Si usted quiere cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 La fecha límite para cambiar de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados.....	16
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	16
Sección 7.1 - Obteniendo ayuda de First+Plus ELA Advantage.....	16
Sección 7.2 - Obteniendo ayuda de Medicare.....	17

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2018, el nombre de nuestro plan cambiará de First+Plus Gobierno Premium Rubí a First+Plus ELA Advantage.

Es importante que sepa que su tarjeta de identificación del plan, Evidencia de Cubierta, lista de medicamentos cubiertos (Formulario de Medicamentos), Directorio de Proveedores y Farmacias, Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) y todos los materiales con información del plan reflejarán este cambio de nombre.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado del plan (los números de teléfono están impresos en la parte posterior de este folleto).

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 - Cambios a la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual (Debe también continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare)	\$98.53 prima mensual La prima del plan es pagada con la aportación patronal del pensionado. La prima mensual del plan para los dependientes es descontada de la pensión del retirado del ELA.	\$100 prima mensual La prima del plan es pagada con la aportación patronal del pensionado. La prima mensual del plan para los dependientes es descontada de la pensión del retirado del ELA.

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere pagar una penalidad por afiliación tardía de la Parte D de por vida por no tener cubierta de medicamentos que sea al menos tan buena como la cubierta de medicamentos de Medicare (también conocida como "cubierta acreditable") durante 63 días o más, si se inscribe en una cubierta de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.

- Si usted tiene un ingreso mayor, puede que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cubierta de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos recetados.

Sección 2.2 - Cambios en las cantidades máximas de pagos de su bolsillo

Para protegerlo a usted, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Estos límites se llaman "cantidad máxima de pagos de su bolsillo." Cuando alcance esta cantidad, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos el resto del año.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo en la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red, cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo en la red. Su prima del plan y sus costos de los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$6,700</p> <p>Cuando usted ha pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de pagos de su bolsillo combinada</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red, cuentan para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo combinada. Su prima del plan no cuenta para la cantidad máxima de pagos de su bolsillo.</p>	\$10,000	<p>\$10,000</p> <p>Cuando usted ha pagado \$10,000 de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada por sus servicios cubiertos de proveedores dentro y fuera de la red por el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 - Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de médicos y otros proveedores para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet (www.firstpluspr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado 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 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en 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 número de razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su doctor o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones resumidas a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le brindemos 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 continúe sin interrupciones, y trabajaremos con usted para asegurar que así sea.
- Si usted entiende que no le hemos provisto un proveedor cualificado en reemplazo de su proveedor previo 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 llámenos para así poder ayudarle a encontrar un nuevo proveedor que maneje su cuidado.

Sección 2.4 - 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 *sólo* están cubiertas si las obtiene en las farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado se encuentra disponible en nuestra página de Internet (www.firstpluspr.com). También puede llamar a Servicios al Afiliado para obtener información actualizada de las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de

Proveedores y Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2018 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

Estamos cambiando nuestra cubierta de ciertos servicios médicos para el próximo año. A continuación se describen estos cambios. Para detalles sobre cubierta y costos por estos servicios, vea el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de Cubierta de 2018*.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Cuidado de Emergencia	Usted paga \$55 de copago por cada visita.	Usted paga \$0 de copago por cada visita.
Servicios de hospitalización parcial	Usted paga \$7 de copago por servicios de hospitalización parcial.	Usted paga \$5 de copago por servicios de hospitalización parcial.
Servicios Quiroprácticos	Usted paga \$7 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Usted paga \$7 de copago por servicios quiroprácticos suplementarios.	Usted paga \$5 de copago por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare. Usted paga \$5 de copago por servicios quiroprácticos suplementarios.
Servicios médicos/terapéuticos, incluyendo las visitas a la oficina del médico	Usted paga \$7 de copago por cada visita al especialista. Usted paga \$7 de copago por cada visita a otros profesionales de la salud.	Usted paga \$5 de copago por cada visita al especialista. Usted paga \$5 de copago por cada visita a otros profesionales de la salud.
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios	Usted paga \$7 de copago por visitas de cuidado de salud mental ambulatorias.	Usted paga \$5 de copago por visitas de cuidado de salud mental ambulatorias.

Servicios Podiátricos	Usted paga \$7 de copago por servicios podiátricos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$5 de copago por servicios podiátricos cubiertos por Medicare.
	Usted paga \$7 de copago por servicios podiátricos suplementarios.	Usted paga \$5 de copago por servicios podiátricos suplementarios.
Pruebas ambulatorias de diagnóstico y artículos y servicios terapéuticos	Sus costos por servicios de radiología pueden variar según el nivel de su proveedor.	Usted paga \$0 de copago por servicios diagnósticos de radiología cubiertos por Medicare.
	Nivel 1 : Red Preferida 10% de coaseguro para radiografías ambulatorias	Usted paga \$0 de copago por servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.
	10% de coaseguro para servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI, MRA, Stress Tests y PET Scan) y servicios radiológicos terapéuticos.	Usted paga \$0 de copago por servicio de rayos X cubiertos por Medicare.
	Nivel 2: Red General 15% del costo total para radiografías ambulatorias	
	15% del costo total para servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI, MRA, Stress Tests y PET Scan) y servicios radiológicos terapéuticos	
Servicios ambulatorios contra el abuso de sustancias	Usted paga \$7 de copago por visitas ambulatorias contra el abuso de sustancias.	Usted paga \$5 de copago por visitas ambulatorias contra el abuso de sustancias.
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés) y suministros relacionados	Usted paga 10% del costo total por equipo médico duradero y suministros relacionados.	Usted paga 0% del costo total por equipo médico duradero y suministros relacionados.

Prótesis y suministros relacionados	Usted paga 10% del costo total por aparatos protésicos cubiertos por Medicare.	Usted paga 0% del costo total por aparatos protésicos cubiertos por Medicare.
	Usted paga 10% del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.	Usted paga 0% del costo total por suplidos médicos cubiertos por Medicare.
Medicamentos y artículos fuera de recetario (OTC, por sus siglas en inglés)	Usted paga \$0 de copago. Usted es elegible para hasta \$75 cada 3 meses de beneficio suplementario para ser usados en la compra de artículos OTC.	Usted paga \$0 de copago. Usted es elegible para hasta \$90 cada 3 meses de beneficio suplementario para ser usados en la compra de artículos OTC.
	El plan cubre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) 	El plan cubre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vitaminas y minerales 2. Suplidos de primeros auxilios 3. Medicamentos, ungüentos y aerosol con ingredientes médicos activos para el alivio de síntomas 4. Cuidado de la boca 5. Suplidos de incontinencia (pañales de adultos o pads) 6. Monitor de presión arterial para pruebas y monitoreo en el hogar. Un (1) monitor de presión arterial cada cinco (5) años para afiliados elegibles.

Servicios Dentales	Usted paga 20% del costo total por servicios suplementarios de restauración.	Usted paga 0% del costo total por servicios suplementarios de restauración.
	Usted paga 20% del costo total por servicios suplementarios de endodoncia, periodoncia y extracciones.	Usted paga 0% del costo total por servicios suplementarios de endodoncia, periodoncia y extracciones.
	Usted paga 20% del costo total por servicios suplementarios de cirugía oral y maxilofacial.	Usted paga 0% del costo total por servicios suplementarios de cirugía oral y maxilofacial.
	Usted paga 20% del costo total por servicios suplementarios de prostodoncia. Cubierto hasta un (1) juego completo o dentadura parcial cada cinco (5) años, hasta un máximo de cubierta anual de \$500 .	Usted paga 0% del costo total por servicios suplementarios de prostodoncia. Cubierto hasta un (1) juego completo o dentadura parcial cada cinco (5) años, hasta un máximo de cubierta anual de \$750 .

Sección 2.6 - Cambios en la Cubierta 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". Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra en este sobre.

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 cubierta para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos sean cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cubierta 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 nuestros afiliados 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 Cubierto* (*¿Qué hacer si usted tiene un problema o una queja? (decisiones de cubierta, apelaciones, quejas)*) o llame a Servicios al Afiliado.
- **Hablar con su médico (u otro que le recete) para encontrar un medicamento diferente** que sí cubramos. Usted puede llamar a Servicios al Afiliado para pedir una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma condición médica.

El plan ofrece orientación a los afiliados 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 extenderá la cubierta del medicamento, con excepción de aquellos que no están cubiertos bajo Medicare Parte D.

El plan continuará proveyendo al afiliado 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 sea procesada al 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 excepción al comienzo del año a menos que la preautorización expire.

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información referente a costos por medicamentos de la Parte D puede que no se le aplique a usted.**

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

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año a los primeros 2 niveles –La Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cubierto Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros 2 niveles – La Etapa de Brecha de Cubierto o la Etapa de Cubierto Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierto* adjunta.)

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Etapa 1: Etapa Anual de Deducible	Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se le aplica a usted.	Dado a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se le aplica a usted.

Cambios en su Costo Compartido en la Etapa de Cubierta Inicial

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

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cubierta Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte.</p> <p>Los costos en este renglón son por un suplido para un mes (30 días) cuando le despachen su receta en una farmacia de la red que provea costo compartido estándar. Para información referente a los costos para un suplido a largo plazo; o recetas ordenadas por correo, vea el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cubierta.</i></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, búselos en la Lista</p>	<p>Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido: Usted paga \$3 por medicamento recetado.</p> <p>Genérico: Usted paga \$7 medicamento recetado.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$25 por medicamento recetado.</p>	<p>Su costo por un suplido de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido: Usted paga \$2 por medicamento recetado.</p> <p>Genérico: Usted paga \$5 medicamento recetado.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$20 por medicamento recetado.</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
de Medicamentos.	<p>Medicamento No Preferido: Usted paga \$35 por medicamento recetado.</p> <p>Especialidad: Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,700, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p>	<p>Medicamento No Preferido: Usted paga \$30 por medicamento recetado.</p> <p>Especialidad: Usted paga 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Cuando su costo total de medicamentos haya alcanzado \$3,750, se moverá a la próxima etapa (la Etapa de Brecha de Cubierta).</p>

Cambios a la Etapas de Brecha de Cubierta y Cubierta Catastrófica

Las otras dos etapas de cubierta de medicamentos – la Etapa de Brecha de Cubierta y la Etapa de Cubierta Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los afiliados no llegan a la Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica.** Para más información sobre sus costos en estas etapas, vea el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cubierta*.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 - Si usted desea permanecer en First+Plus Advantage

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se afilia en un plan diferente, auspiciado por su patrono, en o antes del 14 de diciembre, automáticamente seguirá afiliado en nuestro plan para el 2018. Si desea afiliarse a Medicare Original usted tiene hasta el 7 de diciembre para realizar el cambio, recuerde que podría perder su aportación patronal, si aplica.

Sección 3.2 - Si usted quiere cambiar de plan

Esperamos tenerle como afiliado el próximo año, pero si desea cambiar para el 2018 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Usted puede unirse a otro plan de salud de Medicare auspiciado por su patrono,
- Usted puede unirse a otro plan de salud de Medicare no auspiciado por su patrono,
- – 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.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2018*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver Sección 5), o llame a Medicare (ver Sección 7.2).

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 "Planes de salud y medicamentos". **Aquí, usted puede encontrar información sobre los costos, cubierta y niveles de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, MMM Healthcare, LLC ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos planes pueden ser distintos en cubierta, primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cubierta

- Para cambiar a un plan de salud diferente de Medicare, afíliese al nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de First+Plus ELA Advantage.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, afíliese al nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de First+Plus ELA Advantage.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para desafiliarlo. Póngase en contacto con Servicios al Afiliado si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 7.1 de este folleto).
 - – O – llamar 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.

SECCIÓN 4 La fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a otro plan auspiciado por su patrono para el próximo año, usted puede hacerlo durante el período del **2 de noviembre al 14 diciembre**. Si desea cambiar a Medicare Original tiene del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, pero podría perder su aportación patronal, si aplica. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2018.

¿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 permite hacer cambios durante otras épocas del año a personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, aquellos que tienen o dejan su cubierta patronal y a aquellos que se mudan fuera del área de servicio. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cubierta*.

Si usted se afilió en un Plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a Medicare Original entre el 1 de enero y el 14 de febrero de 2018. Para más información, vea el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cubierta*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 Puerto Rico, el SHIP se llama Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada.

La Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada es independiente (no 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 las personas con Medicare. Los consejeros de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada le pueden ayudar con sus preguntas o problemas. Ellos pueden ayudarle a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar sus preguntas sobre el cambio de planes. Usted puede llamar a la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada al 787-721-6121 o 1-877-725-4300 (Área Metro), 1-800-981-0056 (Región de Mayagüez) y 1-800-981-7735 (Región de Ponce). Usuarios de TTY deben llamar al 787-919-7291. Usted puede conocer más acerca de la Oficina del Procurador de las Personas de Edad Avanzada visitando su página de internet (www.oppea.pr.gov).

SECCIÓN 6 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados

Usted pudiera cualificar para asistencia para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, algunos tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Personas con ingresos limitados pudiesen cualificar para "Ayuda Adicional" para el pago de los costos de sus medicamentos recetados. Si usted cualifica, Medicare pudiese pagar hasta el 75% o más del costo de sus medicamentos incluyendo primas mensuales para medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, aquellas personas que cualifican no tienen brecha de cubierta ni penalidad por afiliación tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para ver si usted cualifica, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las horas de 7:00 a.m. a 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 cubierta 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 Ryan White Parte B del Departamento de Salud de Puerto Rico. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 787-765-2929 extensiones 5106, 5107, 5115, 5116, 5117, 5119, 5132, 5135, 5136, 5137 y 5138.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 - Obteniendo ayuda de First+Plus ELA Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Afiliado al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos). (Para TTY, llamar al 1-877-672-4242. Estamos

disponibles para sus llamadas telefónicas de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son libres de cargo.

Lea la *Evidencia de Cubierta de 2018* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus beneficios y en lo que pagará en el 2018. Para obtener más información, busque en la *Evidencia de Cubierta de 2018* para First+Plus ELA Advantage. La *Evidencia de Cubierta* 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. En este envío le incluimos una copia de la *Evidencia de Cubierta*.

Visite nuestra página Web (Internet)

También puede visitar nuestra página de Internet en www.firstpluspr.com. Como recordatorio, nuestra página de Internet 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 7.2 - 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 Web de Medicare

Visite la página Web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, cubierta y sistemas de calificación 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 Web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar Planes de Salud y de Medicamentos.")

Lea *Medicare y Usted 2018*

Puede leer el folleto *Medicare y Usted 2018*. 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 Web de Medicare (<https://www.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.