

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

Notificación Anual de Cambios para 2018

Usted está actualmente afiliado a First+Plus Advantage. 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 15 de octubre hasta el 7 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 I.1 y en la Sección I.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 1.6 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 1.3 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 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 cubierta en la página de Internet del plan.

3. ESCOJA: Decida si quiere cambiar su plan

- Si quiere **quedarse** en First+Plus Advantage, no tiene que hacer nada. Usted se quedará en First+Plus Advantage.
- Si quiere cambiar a un **plan diferente** que mejor atienda sus necesidades, usted puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. **AFÍLIESE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2017
- Si no se une para el 7 de diciembre de 2017, se quedará First+Plus Advantage
 - Si se une antes del 7 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 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 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 Advantage.
- Los proveedores no contratados/fuera de la red no están obligados a tratar afiliados de First+Plus 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 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 I.1 para más detalles.</p>	\$50 prima mensual	\$47 prima mensual
<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 I.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: \$5 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p> <p><u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$10 de copago por visita.</p> <p><u>Nivel 2: Red General</u> \$20 de copago por visita.</p> <p>Proveedores fuera de la red: 20% de coaseguro por visita</p>	<p>Visitas de cuidado primario: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas a especialistas:</p> <p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p> <p><u>Nivel 1: Red Preferida</u> \$10 de copago por visita.</p> <p><u>Nivel 2: Red General</u> \$20 de copago por visita.</p> <p>Proveedores fuera de la red: 20% de coaseguro por visita</p>

<p>Estadías 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 al día en que le den de alta, es su último día de cuidado hospitalario.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p> <p>Proveedores en la red</p> <p><u>Nivel 1- Red Preferida:</u> \$50 de copago por estadía</p> <p><u>Nivel 2-Red General:</u> \$125 de copago por estadía</p> <p>Proveedores fuera de la red: \$300 de copago por estadía.</p>	<p>Sus costos por servicios pueden variar según el nivel de su proveedor.</p> <p>Proveedores en la red</p> <p><u>Nivel 1- Red Preferida:</u> \$25 de copago por estadía</p> <p><u>Nivel 2-Red General:</u> \$100 de copago por estadía</p> <p>Proveedores fuera de la red: \$300 de copago por estadía.</p>
<p>Cubierta de medicamentos recetados de la Parte D (Vea la Sección 1.6 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): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genérico): \$5 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$35 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$50 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especialidad): 	<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): \$0 de copago • Medicamentos Nivel 2 (Genérico): \$5 de copago • Medicamentos Nivel 3 (Marca Preferida): \$35 de copago • Medicamentos Nivel 4 (Marca No Preferida): \$50 de copago • Medicamentos Nivel 5 (Especialidad): 25% de coaseguro

25% de coaseguro

Notificación Anual de Cambios para el 2018

Tabla de Contenido

Resumen de los costos importantes para el 2018.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	5
Sección 1.1 - Cambios a la prima mensual.....	5
Sección 1.2 - Cambios en las cantidades máximas de pagos de su bolsillo.....	5
Sección 1.3 - Cambios en la Red de Proveedores.....	6
Sección 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias.....	7
Sección 1.5 - Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	7
Sección 1.6 - Cambios en la Cubierta de Medicamentos Recetados de la Parte D.....	9
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir.....	13
Sección 2.1 - Si usted desea permanecer en First+Plus Advantage.....	13
Sección 2.2 - Si usted quiere cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 3 La fecha límite para cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar por sus Medicamentos Recetados.....	15
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?.....	16
Sección 6.1 - Obteniendo ayuda de First+Plus Advantage.....	16
Sección 6.2 - Obteniendo ayuda de Medicare.....	16

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

Sección I.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)	\$50 prima mensual	\$47 prima mensual

- 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 I.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)
Cantidad máxima de pagos de su bolsillo en la red	\$6,700	\$6,700
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red, cuentan para la cantidad máxima de pagos de su		Cuando usted ha pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos, usted no tendrá que pagar nada

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
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.		por sus servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año calendario.
<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>	<p>\$10,000</p>	<p style="text-align: center; vertical-align: top;">\$10,000</p> <p>Quando 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 1.3 - 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 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 *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 1.5 - 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 Hospitalario	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel en que su proveedor se encuentre. <u>Nivel I: Red Preferida</u> Usted paga \$50 de copago por estadía.	Sus costos por servicios pueden variar dependiendo del nivel en que su proveedor se encuentre. <u>Nivel I: Red Preferida</u> Usted paga \$25 de copago por estadía.

	<u>Nivel 2: Red General</u> Usted paga \$125 de copago por estadía.	<u>Nivel 2: Red General</u> Usted paga \$100 de copago por estadía.
Cuidado de Emergencia	Usted paga \$65 de copago por cada visita.	Usted paga \$50 de copago por cada visita.
Servicios médicos/terapéuticos, incluyendo las visitas a la oficina del médico	Usted paga \$5 de copago por cada visita al médico primario.	Usted paga \$0 de copago por cada visita al médico primario.
Servicios para el tratamiento de enfermedades y condiciones del riñón	Usted paga 0% del costo total por diálisis peritoneal. Usted paga 20% del costo total por otros servicios para el tratamiento de enfermedades y condiciones renales.	Sus costos por servicios de diálisis pueden variar dependiendo del nivel en que se encuentre su proveedor. <u>Nivel 1: Red Preferida</u> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga 0% del costo total <u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga 10% del costo total <u>Nivel 2: Red General</u> <u>Diálisis Peritoneal</u> Usted paga 0% del costo total <u>Otros servicios de diálisis</u> Usted paga 20% del costo total
Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare	Usted paga 20% del costo total por Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare.	Usted paga 10% del costo total por Medicamentos recetados bajo la Parte B de Medicare.
Servicios para la visión	Usted paga \$0 de copago	Usted paga \$0 de copago

por servicios
suplementarios de visión.

Usted es elegible para hasta **\$100** anuales de beneficio suplementario a ser usados en la compra de un (1) par de espejuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto de una pre-selección.

por servicios
suplementarios de visión.

Usted es elegible para hasta **\$100** anuales de beneficio suplementario a ser usados en la compra de espejuelos (marcos y lentes) y / o lentes de contacto.

Sección 1.6 - 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 Cubierta (¿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 Cubierta* 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 Cubierta Inicial. (La mayoría de los afiliados no alcanza los otros 2 niveles – La Etapa de Brecha de Cubierta o la Etapa de Cubierta Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, busque en el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cubierta* adjunta.)

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Etapa I: 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)
-------	-----------------	--------------------

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 suministro 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 suministro 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 de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Genérico: Usted paga \$5 medicamento recetado.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$35 por medicamento recetado.</p> <p>Marca No Preferida: Usted paga \$50 por medicamento recetado.</p> <p>Especialidad: Usted paga 25% 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>Su costo por un suministro de un mes despachado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genérico Preferido: Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Genérico: Usted paga \$5 medicamento recetado.</p> <p>Marca Preferida: Usted paga \$35 por medicamento recetado.</p> <p>Marca No Preferida: Usted paga \$50 por medicamento recetado.</p> <p>Especialidad: Usted paga 25% 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 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 - 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 o cambia a Medicare Original en o antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá afiliado en nuestro plan para el 2018.

Sección 2.2 - 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,
- – 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 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 "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 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 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 6.1 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 3 La fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, usted puede hacerlo durante el período del **15 de octubre al 7 de diciembre**. 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 4 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 5 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 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 - Obteniendo ayuda de First+Plus 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 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 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 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.