

2024



Aviso anual de cambios

Centers Plan for Dual Coverage
Care (HMO D-SNP)

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

English	<p>We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.</p>
Albanian	<p>Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.</p>
Arabic	<p>لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.</p>
Bengali	<p>আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।</p>
Chinese	<p>我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。</p>

French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Aviso de no Discriminación

La discriminación está prohibida por la ley

Centers Plan for Healthy Living, LLC cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Centers Plan for Healthy Living, LLC no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

- Servicios y asistencia gratuitos a personas con discapacidades que les impidan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, contacte a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Centers Plan for Healthy Living, LLC no ha prestado estos servicios o lo(a) discriminó de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones:

Por correo: Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304- 2604

Por teléfono: 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY
deben llamar al 711)

Por fax: 1-347-505-7089

Por correo electrónico: GandA@centersplan.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios al Miembro/Participante está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correspondencia o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TTY)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) brindado por Centers Plan for Healthy Living LLC

Aviso anual de cambios 2024

Usted está inscrito actualmente como miembro de Centers Plan for Dual Coverage Care. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.*

En este documento se explican los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.centersplan.com/dsnp. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios lo afectan a usted

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.

- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y costos de los planes en su área. Use el sitio web del Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Cuando haya delimitado sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se ha inscrito en otro plan para el 7 de Diciembre de 2023, permanecerá en Centers Plan for Dual Coverage Care.
- **Cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de planes entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Centers Plan for Dual Coverage Care.
- Consulte la Sección 2, en la página 19, para ver más información acerca de sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o

un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para recibir información adicional, contáctenos a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en letras grandes y braille. Llame a Servicios al Miembro al número que figura arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura dentro del marco de este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Centers Plan for Dual Coverage Care

- Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) es una HMO con un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en el plan Centers Plan for Dual Coverage Care depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un contrato escrito con el programa

Medicaid del Estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

- Cuando en este documento lea “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC (Patrocinador del Plan/Parte D). Cuando indica “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Centers Plan for Dual Coverage Care.
-

H6988-002_CY24ANOC_C

Aviso anual de cambios 2024
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2024..... 7

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 13

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual 13

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo... 13

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias..... 15

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios por servicios médicos..... 15

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 27

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir 33

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Dual Coverage Care 33

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan 34

SECCIÓN 3 Cambiar de plan 35

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... 36

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos recetados 37

SECCIÓN 6 ¿Preguntas? 40

Sección 6.1 – Obtener ayuda de Centers Plan for Dual Coverage Care..... 40

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para el 2024

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare 41
Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid..... 42

Resumen de costos importantes para el año 2024

En la siguiente tabla encontrará un resumen comparativo entre los costos de 2023 y 2024 de Centers Plan for Dual Coverage Care en varias áreas de importancia. **Tome en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su monto deducible, consultas médicas y servicios de hospitalización.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. (Consulte la sección 1.1 para obtener más detalles).	\$38.90 (Prima de la Parte D)	\$48.70 (Prima de la Parte D)
Deducible	\$226	\$240, excepto por insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para el 2024

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Consultas al consultorio médico	<p>Consultas de atención primaria: \$0 o coaseguro del 20 % por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 o coaseguro del 20 % por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 o coaseguro del 20 % por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 o coaseguro del 20 % por consulta</p>
Estancias por hospitalización	<p>Los montos que usted paga por cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600 deducible; • \$0 por día, desde el día 1 hasta el día 60; • \$400 por día, desde el día 61 hasta el día 90; • \$800 por “día de reserva de por vida” después del día 90 (hasta 60 días adicionales a lo largo de su vida) 	<p>Los montos que usted paga por cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 de deducible; • \$0 por día, desde el día 1 hasta el día 60; • \$408 por día, desde el día 61 hasta el día 90; • \$816 por “día de reserva de por vida” después del día 90 (hasta 60 días adicionales a lo largo de su vida)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estancias por hospitalización (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos <p>Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos <p>Un periodo de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando no ha recibido ningún servicio de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estancias por hospitalización (cont.)</p>	<p>beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0, \$104, o \$505*, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>Copago/ Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><u>Medicamentos genéricos:</u> Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25% de coaseguro</p>	<p>Deducible: \$0 o \$545*, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D</p> <p>Copago/ Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p><u>Medicamentos genéricos:</u> Copago de \$0, \$1.55, \$4.50 o no más del 25 % de coaseguro</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.) (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>por medicamento recetado *</p> <p><u>Todos los demás medicamentos:</u> Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25% de coaseguro por medicamento recetado *</p> <p>Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p>	<p>por medicamento recetado*</p> <p><u>Todos los demás medicamentos:</u> Copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado*</p> <p>Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.) (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>	<p>Usted no paga nada. *El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”.</p>
<p>Monto máximo de costos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p style="text-align: center;">\$7,550</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar costo de bolsillo alguno como parte del monto máximo de costos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare bajo Medicaid, usted no es responsable de pagar costo de bolsillo alguno como parte del monto máximo de costos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$38.90 (Prima de la Parte D)	\$48.70 (Prima de la Parte D)

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo

Medicare requiere que todos los planes médicos limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina monto máximo de costos de bolsillo. Una vez que usted llegue a este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo de costos de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocas personas alcanzan la cantidad máxima de costos de bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia con los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B de Medicaid, usted no debe pagar ningún costo de bolsillo como parte del monto máximo de costos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos recetados no se toman en cuenta para su monto máximo de costos de bolsillo.</p>	<p>\$7,550</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de costos de bolsillo por servicios cubiertos, ya no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorio actualizados en nuestro sitio web en www.centersplan.com/dsnp. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada acerca de los proveedores y/o farmacias, o pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal, que se lo enviaremos dentro de los tres días hábiles.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2024* para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. **Por favor revise el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias están dentro de nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer algunos cambios en nuestra lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios al Miembro para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios por servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* solo le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p>	<p>Usted paga \$0 o un coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de 12 consultas en 90 días para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Medicare cubre 8 consultas adicionales si se demuestra que se logró una mejoría, con un límite anual de 20 consultas.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Usted paga \$0 o un coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de 12 consultas en 90 días para el dolor lumbar crónico.</p> <p>Medicare cubre 8 consultas adicionales si se demuestra que se logró una mejoría, con un límite anual de 20 consultas.</p> <p>Las consultas 1 a 12 no requieren autorización.</p> <p>Se requiere autorización para las consultas 13 a 20.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Audífonos	No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para audífonos. Pagamos hasta \$700, por oído, cada tres (3) años.	No existe ningún coaseguro, copago ni deducible para audífonos. Pagamos hasta \$1,000 , por oído, cada tres (3) años.
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos de infusión en el hogar	Usted paga un coaseguro de \$0 o del 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.	Usted paga un coaseguro del 0 % al 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare. Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina de la Parte B cubierto por nuestro plan. Se requiere autorización.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Pruebas, procedimientos y servicios de laboratorio para diagnóstico de pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga \$0 o un coaseguro del 20 % para las pruebas de diagnóstico y procedimientos cubiertos por Medicare; servicios radiológicos de diagnóstico o terapéuticos cubiertos por Medicare; y servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización para las radiografías y los servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico en régimen ambulatorio.</p>	<p>Usted paga \$0 o un coaseguro del 20 % para las pruebas de diagnóstico y procedimientos cubiertos por Medicare; servicios radiológicos de diagnóstico o terapéuticos cubiertos por Medicare; y servicios de rayos X cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Puede comprar hasta \$150 mensuales de artículos de venta libre elegibles con una tarjeta de débito de OTC.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.</p> <p>Visite www.centersplan.com/dsnp para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.</p>	<p>Puede adquirir hasta \$190 mensuales de artículos OTC elegibles con una tarjeta de débito de OTC.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.</p> <p>Visite www.mybenefitcenter.com para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Monitor de presión arterial</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un monitor de presión arterial por año para miembros calificados.</p> <p>Los miembros a los que se les haya diagnosticado una o más de las siguientes condiciones pueden ser elegibles, bajo SSBCI, para recibir un tensiómetro para ayudarlos a controlar su</p>	<p>Los miembros elegibles pagan un copago de \$0 por un monitor de presión arterial por año.</p> <p>Para calificar para este beneficio SSBCI, los miembros deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser participantes activos en nuestro Programa de Gestión de la Atención; • Tener una necesidad médica para un monitor de presión arterial, Y

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Monitor de presión arterial (cont.)</p>	<p>condición: trastornos autoinmunes; trastornos cardiovasculares; insuficiencia cardíaca crónica; enfermedad renal crónica; trastornos pulmonares crónicos; diabetes; enfermedad renal en etapa terminal (ERET); hipertensión; trastornos neurológicos; ACV.</p> <p>La participación continua en nuestro Programa de Gestión de la Atención es fundamental para garantizar una coordinación eficaz de la atención, en particular para estas afecciones crónicas. Si le han diagnosticado una o más de estas afecciones,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Haber sido diagnosticados con una o más de las siguientes afecciones: trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; dependencia crónica del alcohol y otras drogas; condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; insuficiencia cardíaca crónica; enfermedades renales crónicas; enfermedades crónicas del hígado; trastornos pulmonares crónicos; desnutrición crónica; demencia; diabetes; enfermedad hepática terminal; enfermedad renal terminal (ERT); VIH/SIDA; enfermedad inflamatoria intestinal;

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Monitor de presión arterial (cont.)</p>	<p>hable con su Gestora de Atención sobre este beneficio.</p> <p>El beneficio de monitor de presión arterial mencionado en este documento es un Beneficio Suplementario Especial para Enfermos Crónicos (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI), y no todos los miembros calificarán.</p> <p>Comuníquese con su Gestora de Atención al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para más información.</p>	<p>trastornos neurológicos; trastornos hematológicos graves; accidente cerebrovascular (ACV).</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Este beneficio complementario especial para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) y no todos los miembros calificarán.</p> <p>Comuníquese con su Gestora de Atención y/o consulte la <i>Evidencia de cobertura 2024</i>, disponible en www.centersplan.com/dsnp, para más información.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Beneficio para servicios públicos</p>	<p>Los beneficios de servicios públicos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Con la tarjeta de débito OTC, los miembros elegibles pueden gastar hasta \$190 cada mes en servicios públicos y/o artículos OTC elegibles.</p> <p>Para calificar para este beneficio SSBCI, los miembros deben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser participantes activos en nuestro Programa de Gestión de la Atención; Y • Haber sido diagnosticados con una o más de las siguientes afecciones: trastornos autoinmunes; cáncer; trastornos cardiovasculares; dependencia crónica del alcohol y otras drogas; condiciones de salud mental crónicas e

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Beneficio para servicios públicos (cont.)</p>		<p>incapacitantes; insuficiencia cardíaca crónica; enfermedades renales crónicas; enfermedades crónicas del hígado; trastornos pulmonares crónicos; desnutrición crónica; demencia; diabetes; enfermedad hepática terminal; enfermedad renal terminal (ERT); VIH/SIDA; enfermedad inflamatoria intestinal; trastornos neurológicos; trastornos hematológicos graves; accidente cerebrovascular (ACV).</p> <p>Los servicios públicos elegibles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● electricidad, ● gas, ● combustible para calefacción, ● agua,

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Beneficio para servicios públicos (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> • línea telefónica fija, • internet <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro. Visite www.mybenefitscenter.com para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.</p> <p>Tenga en cuenta lo siguiente: Este beneficio complementario especial para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) y no todos los miembros calificarán. La asignación de beneficio OTC mensual de \$190 es una asignación mensual combinada (es decir, beneficios OTC y SSBCI) que también</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI): Beneficio para servicios públicos (cont.)		<p>se puede usar para sus servicios públicos (si califica). Esto significa que solo hay una asignación mensual de \$190 para ambos beneficios. Si no califica para el beneficio de servicios públicos, la asignación mensual de \$190 solo se puede utilizar en artículos de venta libre.</p> <p>Comuníquese con su Gestora de Atención y/o consulte la <i>Evidencia de cobertura 2024</i>, disponible en www.centersplan.com/dsnp, para más información.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de transporte	Usted paga \$0 por 15 viajes de ida cada seis (6) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización.	Usted paga \$0 por diez (10) viajes de ida cada tres (3) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización.
Servicios requeridos con urgencia	Usted paga \$0 o el 20 % del costo total por consulta hasta un máximo de \$60.	Usted paga \$0 o el 20 % del costo total por consulta hasta un máximo de \$55 .

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se puede brindar una copia de nuestra “Lista de medicamentos” por medio electrónico en (www.centersplan.com/dsnp).

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y ver si habrá alguna restricción, o para conocer si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” ocurren al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que el fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la “Lista de medicamentos” más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar para una excepción y/o trabajando para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios al Miembro para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no aplique a usted. **Nota:** Si usted

está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso.** Hemos incluido un encarte aparte, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también llamado Cláusula de subsidio por bajos ingresos o la Cláusula LIS), que le brinda información sobre el costo de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este encarte con este paquete, por favor llame a Servicios al Miembro y solicite la Cláusula LIS.

Hay cuatro **etapas de pago por medicamentos.** La información que figura a continuación muestra los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: Etapa de transición de cobertura o Etapa de cobertura catastrófica.)

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y los viajes.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0, \$104 or \$505, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el encarte separado, la Cláusula LIS, para ver el monto de su deducible).</p>	<p>El monto de su deducible es \$0, o \$545, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el encarte separado, la Cláusula LIS, para ver el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Consulte la siguiente tabla para conocer los cambios del 2023 al 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que paga el deducible anual, usted pasa 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. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos: Copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado*</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos: Copago de \$0, \$1.55, \$4.50 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado*</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (cont.) Los costos en esta hilera son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que provee costo compartido estándar. Para obtener información acerca de los costos de un suministro prolongado o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Todos los demás medicamentos: Copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado*</p> <p>* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”.</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,660 de costos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Todos los demás medicamentos: Copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado*</p> <p>Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”.</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,030 de costos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de transición de cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de transición de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de transición de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica) son para personas que deben asumir altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de transición de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Dual Coverage Care

Para quedarse en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente ni se cambia a Original Medicare a más tardar el 7 de Diciembre, permanecerá automáticamente inscrito en Centers Plan for Dual Coverage Care.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- -- *O* -- puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Le recordamos que Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece otros planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos del costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Centers Plan for Dual Coverage Care se cancelará de manera automática.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Centers Plan for Dual Coverage Care se cancelará de manera automática.

- Para cambiarse a **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – contactarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de Medicare de medicamentos recetados, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado excluirse de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de Enero de 2024.

¿Hay otras épocas del año en las que se pueden hacer cambios?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, los que reciben “Ayuda adicional” para el pago de sus medicamentos, tienen o abandonan la cobertura de su empleador y los que se mudan fuera de la zona de servicio.

Puesto que tiene Medicaid del Estado de New York, quizás pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción**:

- de Enero a Marzo;
- de Abril a Junio;
- de Julio a Septiembre.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de Enero de 2024, y no está conforme con la elección de su plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en cada estado. En New York, al SHIP se le llama Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre

Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a las personas con Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas relacionadas con cambios de planes. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede conocer más acerca del HIICAP visitando su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del Estado de New York, llame al Programa Medicaid de New York al 1-888-692-6116 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 9 am a 5 pm. Pregunte cómo puede afectar la forma en que recibe su cobertura de Medicaid del estado de New York si se une a otro plan o vuelve a Original Medicare.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, presentamos varios tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, usted ya está inscrito en el programa “Ayuda adicional”, también denominado subsidio por bajos ingresos. “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles

anuales y coaseguro. Debido a que usted califica, no tiene un periodo de transición de cobertura o multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la ayuda de “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- Si está inscrito en un Programa de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) como un individuo calificado (Qualifying Individual, QI) o como un individuo calificado discapacitado y que trabaja (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI), no califica automáticamente para la “Ayuda adicional” de Medicare. En lugar de ello, usted debe solicitarla. Si usted es un QI (MSP solo ayuda a pagar su prima de la Parte B) o un QDWI (MSP solo ayuda a pagar su prima de la Parte A) y no está recibiendo "Ayuda adicional" de Medicare, es posible que tenga una brecha en la cobertura o una multa por inscripción tardía.
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** El estado de New York cuenta con un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, su edad o su condición médica. Para obtener más

información sobre el programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

- **Asistencia en el costo compartido de los medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Las personas deben cumplir con determinados criterios, entre ellos, una constancia de residencia estatal y de condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de sus medicamentos recetados a través del Instituto del SIDA del Departamento de Salud del Estado de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437, y presione 4.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Obtener ayuda de Centers Plan for Dual Coverage Care

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Por favor, llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Consulte su *Evidencia de cobertura 2024* (tiene detalles de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2024. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Centers Plan for Dual Coverage Care. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos recetados y servicios cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.centersplan.com/dsnp. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.centersplan.com/dsnp. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/”Lista de medicamentos”*).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones por estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes médicos de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Todos los otoño, se les envía por correo el presente documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de New York (el Mercado Oficial de Planes de Salud) al 1-855-355-5777 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220); la línea de ayuda de Medicaid del estado de New York al 1-800-541-2831; o la línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de New York al 1-888-692-6116 o 1-718-557-1399. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



Para obtener más información o para inscribirse
Llame al 1-877-940-9330 (sin costo)

Los usuarios con TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/dsnp