



VNSNY CHOICE Total (HMO SNP) ofrecido por VNSNY CHOICE

Aviso anual de cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de VNSNY CHOICE Total. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGÚNTESE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto respecto de nuestra cobertura para medicamentos recetados para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como necesitar nuestra aprobación antes de obtener su medicamento recetado?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios respecto de la utilización de esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.

- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado en relación con los del año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto podría ayudarlo a ahorrar en los costos que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles resaltan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran la variación anual de otra información de precios. Tenga presente que sus beneficios del plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red de servicios el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red de servicios?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.3 y 1.4 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense acerca de los costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto dinero gastará en las primas y en los deducibles?
 - ¿Qué diferencias hay entre los costos totales del plan y otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare disponible en la página web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista impresa en la portada posterior de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

- Una vez que haya reducido sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** VNSNY CHOICE Total, no necesita hacer nada. Permanecerá inscrito en VNSNY CHOICE Total.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan hasta el 31 de diciembre. Consulte la Sección 2.2 en la página 18 para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, inscríbese en un plan hasta **el 31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá inscrito en VNSNY CHOICE Total.
- Si **se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, se aplican nuevos límites en cuanto a la frecuencia con que puede cambiar de plan. Consulte la Sección 3 en la página 19 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).
- Para obtener más información, llame a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible de manera gratuita en otros formatos, así como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al 1-866-783-1444. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y Cuidado de Bajo Costo (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en el siguiente enlace: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de VNSNY CHOICE Total

- VNSNY CHOICE Total es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en VNSNY CHOICE Total depende de la renovación del contrato. Este plan también es un plan Medicaid Advantage Plus, con un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *VNSNY CHOICE*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *VNSNY CHOICE Total*.

H5549_2019 Total ANOC_M Accepted 08302018

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para VNSNY CHOICE Total en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la Evidencia de cobertura para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.** La Evidencia de cobertura estará disponible a partir del 15 de octubre en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/2019materials. Si desea que le enviemos una copia impresa, llame a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 en concepto de deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones del paciente.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.</p>	Prima del plan de \$0.	Prima del plan de \$0.
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: copago de \$0 por visita.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Hospitalización del paciente Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Copago de \$0. Deducible de \$0. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: Copago de \$0. Deducible de \$0. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Copago de \$0. Deducible de \$0. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: Copago de \$0. Deducible de \$0. Si es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare conforme a Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$405*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos con marca tratados como genéricos):</p> <p style="padding-left: 40px;">copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.35; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p style="padding-left: 40px;">copago de \$0; o copago de \$3.70; o copago de \$8.35; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es probable que usted no tenga que pagar ningún costo compartido. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>Deducible: \$415*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos con marca tratados como genéricos):</p> <p style="padding-left: 40px;">copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.40; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p style="padding-left: 40px;">copago de \$0; o copago de \$3.80; o copago de \$8.50; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es probable que usted no tenga que pagar ningún costo compartido. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>Los servicios cubiertos por Medicare tienen un límite de lo que paga de su bolsillo de \$6,700.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Los servicios cubiertos por Medicare tienen un límite de lo que paga de su bolsillo de \$6,700.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia de costo compartido de Medicare, no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	5
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos de Medicare para el próximo año	10
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	10
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	10
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	11
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	12
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	13
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	18
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VNSNY CHOICE Total.....	18
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	18
SECCIÓN 3 Cambio de plan.....	19
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	20
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados.....	20
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VNSNY CHOICE Total	21
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	23

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	Prima de \$0.	Prima de \$0.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>	<p>No se aplicarán cambios.</p> <p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/totalproviders. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red de servicios.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias

razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos nuestro mayor esfuerzo para enviarle un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red de servicios.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/totalproviders. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red de servicios.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2019*. Encontrará adjunto un aviso que describe dónde puede encontrar la Evidencia de cobertura en línea y cómo puede solicitar una copia impresa.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Acupuntura	No hay copago para hasta 12 visitas cada año.	No hay copago para hasta 10 visitas cada año.
Membresía del gimnasio	<p>Membresía del gimnasio en un centro participante, incluidas clases de ejercicios en el gimnasio o en el hogar para mantener un buen estado de salud.</p> <p>Se ofrece orientación para mostrar cómo se usan las instalaciones y los equipos del gimnasio. Como parte del programa a domicilio, se realiza una visita al miembro para crear/analizar un programa de ejercicios personalizado en el hogar.</p>	La membresía en el gimnasio no está cubierta.
Productos de salud de venta libre	Usted paga \$0. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$94 por mes para productos de venta libre.	Usted paga \$0. Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$100 por mes para productos de venta libre.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Ofrecemos una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos. En nuestra página web, www.vnsnychoice.org/totalformulary, podrá encontrar un Formulario actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos un Formulario por correo.

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

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Hablar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.
- **Hablar con su médico (o con la persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir la lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunos casos, se nos exige que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no esté en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar un período sin cobertura en la terapia. Para el año 2019, los miembros que se encuentren en establecimientos de atención a largo plazo (LTC) recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad que el suministro para días temporales proporcionado en todos los demás casos: 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (*90 días* de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno,

consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Las excepciones al formulario otorgadas en 2019 tendrán validez durante 1 año desde la fecha de la emisión de la aprobación.

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

A partir de 2019, antes de hacer cambios a la Lista de medicamentos durante el año que requieran que les demos un aviso anticipado cuando usted esté tomando un medicamento, le proporcionaremos el aviso de dichos cambios 30 días, en lugar de 60 días, antes de que entren en vigencia. O bien, le proporcionaremos un resurtido para 30 días, en lugar de para 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red de servicios. Le daremos este aviso antes de, por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos por un medicamento genérico, o antes de hacer cambios a partir de advertencias de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, usted igualmente podrá trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionando otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos realizar a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D que no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Dado que recibe “Ayuda adicional” y no recibió este inserto con el paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la

Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es \$405*.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible podría ser de \$0. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es \$415*.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, su deducible podría ser de \$0. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red de servicios con costo compartido estándar:</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial <i>(continuación)</i></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios que ofrece un costo compartido estándar.</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos con marca tratados como genéricos):</p> <p>copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.35; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.70; o copago de \$8.35; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, el monto de su costo compartido puede ser de \$0.</p> <p>(Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su copago).</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro por 30 días.</i></p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo para la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos con marca tratados como genéricos):</p> <p>copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.40; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.80; o copago de \$8.50; o hasta un 25 % del costo.</p> <p>* Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, el monto de su costo compartido puede ser de \$0.</p> <p>(Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su copago).</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro por 30 días.</i></p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo para la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan estas etapas.**

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en VNSNY CHOICE Total

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2019, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el documento *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019), llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en VNSNY CHOICE Total se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en VNSNY CHOICE Total se cancelará automáticamente.
- Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las personas que se trasladan fuera del área de servicios podrían realizar un cambio en otros momentos del año. A partir de 2019, se aplican nuevos límites en cuanto a la frecuencia con que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP).

El HIICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP en su página web (<https://aging.ny.gov/HealthBenefits/Index.cfm>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios del programa New York State Medicaid, llame al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte si inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectará la forma en que recibe su cobertura del programa New York State Medicaid.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se enumeran distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como usted ya tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa de “Ayuda adicional” también conocido como Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda adicional paga algunas de sus primas de los medicamentos recetados, algunos deducibles anuales y coseguros. Como usted reúne los requisitos, no tiene un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a las siguientes entidades:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas de la tercera edad (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que residen en el estado y su estado del VIH; prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no están aseguradas o qué están infraseguradas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados a través de los Programas de cuidado para personas sin seguro con VIH del estado de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de VNSNY CHOICE

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para VNSNY CHOICE Total. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. Puede encontrar la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web www.vnsnychoice.org/2019materials. También puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-783-1444 (TTY: 711) y pedirnos que le enviemos una copia impresa por correo o una copia por correo electrónico.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestra página web www.vnsnychoice.org. Como recordatorio, en nuestra página web, puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para consultar la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans”) [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019)

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede

obtenerla en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Los planes de salud de VNSNY CHOICE cumplen con las leyes federales de derechos civiles. VNSNY CHOICE no discrimina a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género ni expresión de género.

VNSNY CHOICE ofrece lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse con nosotros. Por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés. Estos servicios incluyen lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita hacer uso de estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si usted cree que VNSNY CHOICE no le ha brindado estos servicios o lo ha tratado en forma diferente a causa de su raza, religión, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión de género, puede presentar un reclamo contra VNSNY CHOICE:

Por correo: VNSNY CHOICE Health Plans
220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

Por teléfono: 1-888-634-1558 (TTY/TDD: 711)

Personalmente: 220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017

Por fax: 646-459-7729

Por correo electrónico: CivilRightsCoordinator@vnsny.org

Por Internet: www.vnsny.ethicspoint.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- Por Internet: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en el siguiente enlace:
ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Por correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en
www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Por teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

Obtenga ayuda en su idioma

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-783-1444 (TTY: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-783-1444 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-783-1444 (TTY: 711).

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-783-1444 (TTY: 711).

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-783-1444 (TTY: 711)।

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-783-1444 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-783-1444 (ATS : 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں: 1-866-783-1444 (TTY: 711)۔

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-783-1444 (TTY: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-783-1444 (TTY: 711).

Servicios para los miembros de VNSNY CHOICE Total

LLAME AL	<p>1-866-783-1444.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p> <p>Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711.</p> <p>Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.</p>
ESCRIBA A	<p>VNSNY CHOICE Total 220 East 42nd Street 3rd Floor New York, NY 10017 CHOICECCMemberServices@vnsny.org</p>
PÁGINA WEB	<p>www.vnsnychoice.org</p>

Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) del Estado de Nueva York

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) del estado de Nueva York es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

LLAME AL	1-800-701-0501.
TTY	711. Este número requiere del uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Department for the Aging Two Lafayette Street 16 th Floor New York, NY 10007-1392
PÁGINA WEB	http://www.aging.ny.gov/healthbenefits/