



VNSNY CHOICE Total (HMO D-SNP) ofrecido por VNSNY CHOICE

Aviso anual de cambios para 2021

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 2021 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 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, incluidos los especialistas que consulta regularmente, 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 www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista impresa en la portada posterior de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 3.2 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 no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, se lo inscribirá en VNSNY CHOICE Total.
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3.2 en la página 22 para obtener más información sobre sus opciones.

4. **INSCRIBIRSE:** para cambiarse de plan, inscribese a uno entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, se lo inscribirá en VNSNY CHOICE Total.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Su inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés y chino.
- **ATTENTION:** Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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)。
- 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, como en letra grande, 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 Protección al Paciente y de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de impuestos internos (IRS)

en 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 D-SNP con un contrato con 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.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para VNSNY CHOICE Total en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/2021materials. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura. 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	2020 (este año)	2021 (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	2020 (este año)	2021 (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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$435*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p style="padding-left: 40px;">Copago de \$0.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Copago de \$0.</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: \$445*</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p style="padding-left: 40px;">Copago de \$0.</p> <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Copago de \$0.</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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <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 es elegible para la asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo que se tenga en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para 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 \$7,550.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de Medicaid con los costos compartidos de Medicare, no es responsable de pagar ningún costo que se tenga en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2021
Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	6
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	6
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D	16
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	22
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNSNY CHOICE Total	22
Sección 3.2: Si desea cambiarse de plan	22
SECCIÓN 4 Cambio de plan	24
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	24
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	25
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	26
Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNSNY CHOICE Total.....	26
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare.....	27
Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid.....	27

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual	Prima de \$0	Prima de \$0
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	Sin cambios.	Sin cambios.

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	2020 (este año)	2021 (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 del 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>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 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. La red incluirá una red de proveedores de centros para enfermos terminales para 2021. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestra página web 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 por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para verificar si sus**

proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentren 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 ciertas protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red de servicios puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle 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.
- Lo 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 ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para 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.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestra página web 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 por correo un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 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* le informa sobre los cambios relativos a sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. 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)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/2021materials. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Acupuntura	No hay copago para hasta 10 visitas cada año.	No hay copago para hasta 30 visitas cada año. Es posible que requiera autorización previa.
Acupuntura para dolor crónico de espalda baja	Sin cobertura.	No existe un copago para la acupuntura cubierta por Medicare para la espalda baja. Usted está cubierto por hasta 12 visitas en 90 días si cumple con los criterios específicos para dolor de espalda baja. Se aplican normas de autorización. Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para consultar su elegibilidad y obtener más información.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios adicionales de telesalud	Sin cobertura.	No existe copago para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none">• servicios de necesidad de urgencia;• servicios de atención médica a domicilio;• servicios de médicos de atención primaria;• servicios de terapia ocupacional;• servicios de médicos especialistas;• sesiones individuales para servicios de psiquiatría;• sesiones grupales para servicios de psiquiatría;• servicios de fisioterapia y de patologías del habla y el lenguaje;• servicios del programa de tratamiento con opioides;• servicios hospitalarios para pacientes externos;

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios adicionales de telesalud (continuación)		<ul style="list-style-type: none">• servicios de observación;• servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC);• sesiones individuales de servicios por abuso de sustancias para pacientes externos;• sesiones grupales de servicios por abuso de sustancias para pacientes externos;• servicios educativos sobre enfermedades renales;• capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Mayor control de enfermedades	Sin cobertura.	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Un beneficio que puede proporcionarle apoyo adicional para cuidar de su salud.</p> <p>Los miembros elegibles pueden participar para recibir mayor control de enfermedades.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para obtener más información.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Ayuda con determinadas afecciones crónicas</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Puede ser elegible para nuestro Programa de cuidados paliativos si se lo evalúa como elegible para un centro para enfermos terminales, pero lo rechaza. Recibirá el siguiente apoyo interdisciplinario a través de servicios de administración de la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de atención integral • Planificación de la atención y objetivos de debates de salud • Acceso a servicios sociales y recursos comunitarios • Coordinación con médicos de atención primaria <p>Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) o el beneficio del centro para enfermos terminales en el Aviso anual de cambios (ANOC) para obtener más información.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Centro para enfermos terminales	Sin cobertura.	<p>Usted paga \$0 por un programa de centros para enfermos terminales certificado por Medicare.</p> <p>No hay ningún límite para este beneficio siempre y cuando usted siga cumpliendo con los criterios de elegibilidad.</p> <p>Consulte el Manual del miembro (Evidencia de cobertura) para consultar su elegibilidad y obtener más información.</p>
Beneficios Suplementarios Especiales para los Enfermos Crónicos (SSBCI)	Sin cobertura.	<p>Usted paga \$0.</p> <p>El beneficio está combinado con su tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras para cubrir los artículos de compras elegibles.</p>
Tarjeta de medicamentos de venta libre (OTC) y compras	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$100 por mes para artículos de venta libre.</p>	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted tiene cobertura por un monto máximo de \$132 por mes para productos de venta libre y artículos de compras.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cuidado de la vista	Nuestro plan paga hasta \$200 por año para un juego de anteojos (lentes y marcos) o un par de lentes de contacto.	Nuestro plan paga hasta \$300 por año para un juego de anteojos (lentes y marcos) o un par de lentes de contacto.

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:

- **Colaborar 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 averiguar 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.

- **Colaborar con su médico (o con la persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición 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 obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 6.2 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 cambiarse 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 2021 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 del 2021, es posible que eliminemos de manera inmediata un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar un nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener en nuestra Lista de medicamentos el medicamento de marca, pero lo trasladaremos inmediatamente a un nivel de costo compartido superior o agregaremos nuevas restricciones o ambas.

Esto significa, por ejemplo, si usted toma un medicamento de marca que se está reemplazando o se está reemplazando por un nivel de costo compartido superior, ya no siempre recibirá un aviso sobre el cambio 30 días antes de que lo hagamos o un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si toma el medicamento de marca, aún seguirá obteniendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegarle después de que se haga el cambio.

Cuando hagamos estos cambios en 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 cambios que podríamos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 7 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”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica 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”.

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	2020 (este año)	2021 (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 de \$435*.</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 de \$445*.</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	2020 (este año)	2021 (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>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtenga sus medicamentos recetados en una farmacia de la red de servicios que ofrezca un 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> <p>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Copago de \$0.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0.</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i></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>Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Copago de \$0.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: Copago de \$0.</p> <p><i>Los medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días.</i></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 Cambios administrativos

Esta sección incluye un cambio en los criterios de inscripción y una lista de información importante para comunicarse con los proveedores.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Enfermedad renal en etapa final (ESRD)	Las personas con ESRD no pueden inscribirse en nuestro plan.	Las personas con ESRD pueden inscribirse en nuestro plan.
Información de contacto para el cuidado de la vista	Si tiene preguntas relacionadas con el cuidado de la vista, llame al Departamento de Servicios para los miembros de VNSNY CHOICE 1-866-783-1444 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.	Si tiene preguntas relacionadas con el cuidado de la vista, llame a Superior Vision al 1-800-879-6901 (TTY: 1-800-201-7165), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m. y sábados de 11:00 a. m. a 4:30 p. m.
Información de contacto de servicios dentales	Si tiene preguntas relacionadas con la atención dental, llame al Departamento de Servicios para los miembros de VNSNY CHOICE 1-866-783-1444 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana.	Si tiene preguntas relacionadas con la atención dental, llame a Healthplex al 1-800-468-9868 (TTY: 1-800-662-1220), de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. De lunes a viernes.

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Información de contacto de salud mental y conductual	Para obtener información de contacto de salud mental y conductual, llame al Departamento de Servicios para los miembros de VNSNY CHOICE al 1-866-783-1444 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.	Para obtener información de contacto de salud mental y conductual, llame a Beacon al 1-866-317-7773 (TTY: 1-866-835-2755), 8:30 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes.
Programa de recompensas para miembros Healthy CHOICE Healthy You	Sin cobertura.	Miembros elegibles para recibir recompensas que participan en servicios y actividades relacionados con la salud. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en VNSNY CHOICE Total

Para seguir inscrito en nuestro plan, usted no debe hacer nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNSNY CHOICE Total.

Sección 3.2: Si desea cambiarse de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 www.medicare.gov/plan-compare. **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 **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el plan nuevo de medicamentos. 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 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O bien*, póngase en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen 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 aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que haya rechazado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2021 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 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 con ningún 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 cambiarse 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/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

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

SECCIÓN 6 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 desde el 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 5 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de VNSNY CHOICE Total

¿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 2021 (describe en detalles 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 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 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. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestra página web en www.vnsnychoice.org/2021materials. 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 7.2: 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 (www.medicare.gov). Tiene 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 de la página web de Medicare. (Para ver información sobre planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2021 (Medicare y usted 2021)*

Puede leer el manual *Medicare & You 2021 (Medicare y usted 2021)*. 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 (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 7.3: 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 excluye a ninguna persona ni las trata diferentemente en base de raza, religión, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad sexual o expresión sexual.

VNSNY CHOICE le ofrece lo siguiente:

- Recursos y servicios gratuitos para personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje a señas
 - Información por escrito en otros formatos (en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios gratuitos de idiomas para personas que hablan otros idiomas, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llámenos al 1-866-783-1444. Para servicios de TTY, llame al 711.

Si usted cree que VNSNY CHOICE no le ha dado estos servicios o le ha tratado de manera diferente debido a raza, religión, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad sexual o expresión sexual, puede presentar una queja ante VNSNY CHOICE:

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

Teléfono: 1-888-634-1558 (TTY: 711)

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

Fax: 646-459-7729

Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@vnsny.org

Web: 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 EE.UU., por:

- Web: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Encontrará formularios de quejas en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)