

2024



CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING



Aviso anual de cambios

Centers Plan for Nursing Home
Care (HMO I-SNP)

Language Assistance Services Notification

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.

Notice of Nondiscrimination

Discrimination is Against the Law

Centers Plan for Healthy Living, LLC complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Centers Plan for Healthy Living, LLC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Centers Plan for Healthy Living, LLC provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Member Services at 1-877-940-9330 (TTY users please call 711).

If you believe that Centers Plan for Healthy Living, LLC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Grievances and Appeals Department:

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

By Phone: 1-877-940-9330 (TTY users call 711)
By Fax: 1-347-505-7089
By Email: GandA@centersplan.com

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Member Services is available to help you seven days a week, from 8 am to 8 pm.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) ofrecido por Centers Plan for Healthy Living, LLC.

Aviso anual de cambios 2024

Usted está inscrito actualmente como miembro de Centers Plan for Nursing Home 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/isnp. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre para realizar los cambios correspondientes a su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

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 inscribe en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2023, permanecerá en Centers Plan for Nursing Home Care.
- Si desea cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan o cambiar 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 diferentes formatos que incluyen braille y letra grande. 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 Nursing Home Care

- Centers Plan for Nursing Home Care (HMO I-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Nursing Home Care está sujeta a la renovación del contrato.
- Cuando en este documento lea “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan,” se refiere a Centers Plan for Nursing Home Care.

Aviso anual de cambios para el 2024
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2024	5
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	14
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	19
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	24
Sección 2.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Nursing Home Care	24
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	24
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan	26
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare	27
SECCIÓN 5 Programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados	28
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	29
Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Centers Plan for Nursing Home Care	29
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	30

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 Nursing Home Care en varias áreas de importancia. **Tome en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima podría ser mayor 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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<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>\$7,550</p>	<p>\$8,850</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Visitas a especialistas: Coaseguro del 20 % por consulta</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Visitas a especialistas: Coaseguro del 20 % por consulta</p>
<p>Estancias por hospitalización</p>	<p>Los montos que usted paga para cada período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,600 de deducible; 	<p>Los montos que usted paga por período de beneficios son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,632 de deducible;

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Estancias por hospitalización (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • \$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) • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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) • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Estancias por hospitalización (cont.)	<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.</p> <p>Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un</p>	<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.</p> <p>Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que un</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Estancias por hospitalización (cont.)	<p>período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de beneficios. No existe un límite para la cantidad de períodos de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>período de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo período de 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: \$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>Deducible: \$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>

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>Medicamentos genéricos: copago de \$0, \$1.45, \$4.15 o no más del coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p> <p>Todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p>	<p>Medicamentos genéricos: copago de \$0, \$1.55, \$4.50 o no más del coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p> <p>Todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p> <p>Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</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>Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</p> <p>Por cada medicamento recetado, usted paga lo que sea mayor: un coaseguro del 5 % del costo del medicamento; o \$4.15 por un medicamento genérico o un</p>	<p>*El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda Adicional”</p> <p>Cobertura catastrófica: Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.) (Consulte la sección 1.5 para más detalles).	medicamento que se trata como un medicamento genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.	

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 (También deberá continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare).	\$38.90 Prima de la Parte D	\$48.70 Prima de la Parte D

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por haber estado sin otra cobertura de medicamentos recetados que sea al menos tan buena como la cobertura de Medicare (también referida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, quizás deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la sección 7 sobre la “Ayuda Adicional” de Medicare.

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 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 Una vez que haya pagado \$7,550 de costos de bolsillo por servicios cubiertos, ya no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.</p>	<p>\$8,850 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/isnp. 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

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)
Acupuntura para dolor lumbar crónico	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % por cada tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare.</p> <p>No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % por cada tratamiento de acupuntura cubierto por Medicare.</p> <p>No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Las consultas 1 a 12 no requieren autorización.</p> <p>Se requiere autorización para las consultas 13 a 20.</p>
Audífonos	<p>Audífonos, una vez cada 3 años por hasta \$500 por oído</p>	<p>Pagamos hasta \$1,000, por oído, por audífonos, una vez cada tres (3) años.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos de infusión en el hogar</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 0 % al 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare.</p> <p>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.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p>	<p>Se requiere autorización para todos los servicios radiológicos de diagnóstico y terapia, excepto para las radiografías.</p>	<p>Se requiere autorización, excepto para radiografías</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	Se requiere una autorización para la asistencia ambulatoria de Salud Mental provista por un doctor de medicina que se especialice en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales (por ejemplo, un psiquiatra).	Se requiere una remisión para servicios psiquiátricos individuales/ grupales.
Transporte	No está cubierto	Usted paga \$0 por 4 viajes de ida por mes a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de necesidad urgente	Usted paga un coaseguro del 20 % por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare hasta un máximo de \$60 por consultas de atención de urgencia.	Usted paga un coaseguro del 20 % por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare hasta un máximo de \$55 por consultas de atención de urgencia.

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/isnp).

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

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 y 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 deducible es \$505</p>	<p>El deducible es \$545</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</p> <p>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.</p> <p>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 coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p> <p>Todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$4.30, \$10.35 o no más del coaseguro del 25 % 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 coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p> <p>Todos los demás medicamentos: copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del coaseguro del 25 % por medicamento recetado*</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>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, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,660, usted avanzará a la siguiente etapa (Etapa de transición de cobertura).</p>	<p>* El costo compartido se basa en su nivel de “Ayuda adicional”</p> <p>Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted avanzará 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 Nursing Home 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 nuestro plan Centers Plan for Nursing Home 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 BIEN*-- Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

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 salud 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 Nursing Home 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 Nursing Home 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 bien* – llamar a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para 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.

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 asesoría gratuita sobre Medicare

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 de 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>).

SECCIÓN 5 Programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para la ayuda con los pagos de los medicamentos recetados. A continuación, presentamos varios tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener “Ayuda adicional” para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán un período de transición de cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si usted califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, disponible 24 horas del día, 7 días de la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** 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. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición de VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar en situación de no asegurado o infra-asegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de medicamentos a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance program, ADAP) 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.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Centers Plan for Nursing Home Care

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. 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 a.m. a 8 p.m. 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 Nursing Home 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/isnp.

También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.centersplan.com/isnp. 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)

Usted puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas al 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.



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 a.m. a 8 p.m.

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/isnp