

2024



CENTERS PLAN  
FOR HEALTHY  
LIVING



## Aviso anual de cambios

Centers Plan for Medicare  
Advantage Care (HMO)



## Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

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

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

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

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



## Aviso de no Discriminación

### La discriminación está prohibida por la ley

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

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

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

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

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

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

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

**Por fax:** 1-347-505-7089

**Por correo electrónico:** [GandA@centersplan.com](mailto:GandA@centersplan.com)

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

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

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

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



## Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) ofrecido por Centers Plan for Healthy Living, LLC

### Aviso anual de cambios 2024

Usted está inscrito actualmente como miembro de Centers Plan for Medicare Advantage 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/mapd](http://www.centersplan.com/mapd). También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar que le enviemos por correo 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](http://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, será inscrito en Centers Plan for Medicare Advantage Care.
- Si decide cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de planes entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage Care.

- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para recibir información adicional, contáctenos a nuestro número de Servicios al Miembro al 1-877-940-9330. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## **Acerca de Centers Plan for Medicare Advantage Care**

- Centers Plan for Medicare Advantage Care (HMO) es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en Centers Plan for Medicare Advantage 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 lea “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a Centers Plan for Medicare Advantage Care.

H6988-001\_CY24ANOC\_M

## ***Aviso anual de cambios para el 2024*** **Índice**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para el año 2024 .....</b>                         | <b>6</b>  |
| <b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>        | <b>13</b> |
| 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.....                  | 14        |
| Sección 1.4 – Cambios en los costos y beneficios por servicios médicos              | 16        |
| Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D ..... | 22        |
| <b>SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir .....</b>                                      | <b>30</b> |
| Sección 2.1 – Si desea permanecer en Centers Plan for Medicare Advantage Care ..... | 30        |
| Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....   | 30        |
| <b>SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan.....</b>                                    | <b>32</b> |
| <b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare .....</b>       | <b>33</b> |
| <b>SECCIÓN 5 Programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>     | <b>33</b> |
| <b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas? .....</b>  | <b>35</b> |
| Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Centers Plan for Medicare Advantage Care .....  | 35        |
| Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....                                  | 36        |

## 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 Medicare Advantage Care en varias áreas de importancia. **Tome en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

| Costo   | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|---|---|---|
| <p><b>Prima mensual del plan*</b><br/>* Su prima podría ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para más detalles.</p>  | \$0   | \$0   |
| <p><b>Monto máximo de costos de bolsillo</b><br/>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> | \$7,550   | \$7,550   |
| <p><b>Consultas al consultorio médico</b></p>   | <p>Consultas de atención primaria:<br/>\$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$20 por consulta</p> | <p>Consultas de atención primaria:<br/>\$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: \$20 por consulta</p> |



| Costo                                       | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|---|--|--|
| <p><b>Estancias por hospitalización</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$305 por día, desde el día 1 hasta el día 6</li> <li>• Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida.</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos.</li> </ul> <p>Un <b>período de beneficios</b> comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$305 por día, desde el día 1 hasta el día 6</li> <li>• Copago de \$0 por día, desde el día 7 hasta el día 90</li> <li>• Copago de \$0 por día para los días de reserva de por vida.</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos.</li> </ul> <p>Un <b>período de beneficios</b> comienza el día en que usted es hospitalizado y termina cuando no reciba ningún</p> |

| Costo   | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|---|--|--|
| <p><b>Estancias por hospitalización (cont.)</b></p> | <p>servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No existe un límite para la cantidad de periodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 <b>“días de reserva vitalicia”</b>. Estos son días <b>“adicionales”</b> que</p> | <p>servicio de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No existe un límite para la cantidad de periodos de beneficios.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 <b>“días de reserva vitalicia”</b>. Estos son días <b>“adicionales”</b> que cubrimos. Si su</p> |

| Costo  | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Estancias por hospitalización (cont.)</b></p>  | <p>cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p><b>Se requiere autorización</b></p> | <p>hospitalización dura más de 90 días, usted puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura de su hospitalización se limitará a 90 días.</p> <p><b>Se requiere autorización</b></p> |
| <p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p><u>Deducible:</u><br/>\$395, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>  | <p><u>Deducible:</u><br/>\$395, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p>  |

| Costo  | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.)</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p>Este deducible no aplica para los medicamentos de nivel 1 y/o nivel 2.</p> <p><u>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</u></p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b><br/>copago de \$0<br/>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b><br/>copago de \$15<br/>Usted paga \$15 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p>Este deducible no aplica para los medicamentos de nivel 1 y nivel 2.</p> <p><u>Copago/Coaseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</u></p> <p><b>Nivel 1 de medicamentos:</b><br/>copago de \$0<br/>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b><br/>copago de \$15<br/>Usted paga \$15 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Costo  | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.)</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b><br/>copago de \$47<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b><br/>copago de \$100<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b><br/>coaseguro del 25 %.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> | <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b><br/>copago de \$47<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b><br/>copago de \$100<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b><br/>coaseguro del 25 %.<br/>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Costo  | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)  |
|--|---|--|
| <p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (cont.)</b><br/>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p> | <p><u>Cobertura catastrófica:</u><br/>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 pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se llama coaseguro), o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</p> | <p><u>Cobertura catastrófica:</u><br/>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p> |



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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo  | 2023<br>(este año) | 2024<br>(próximo año) |
|--|--------------------|-----------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(También deberá continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare). | \$0                | \$0                   |

- 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.

**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<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <p><b>Monto máximo de costos de bolsillo</b><br/>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se toman en cuenta para su monto máximo de costos de bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan para su monto máximo de costos de bolsillo.</p> | <p>\$7,550<br/>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>\$7,550<br/>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> |

---

## Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

---

Puede encontrar los directorio actualizados en nuestro sitio web en [www.centersplan.com/mapd](http://www.centersplan.com/mapd). 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.

| <b>Costo</b>                                | <b>2023<br/>(este año)</b>  | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <b>Acupuntura para dolor lumbar crónico</b> | <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><b>Se requiere autorización</b></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><b><u>No</u> se requiere autorización para las consultas 1 a 12.</b></p> <p><b>Se requiere autorización para las consultas 13 a 20.</b></p> |

| Costo  | 2023<br>(este año)                                      | 2024<br>(próximo año)  |
|--|---|--|
| <p><b>Monitor de presión arterial</b><br/>(Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI)</p> | <p>El monitor de presión arterial no está cubierto.</p> | <p>Los miembros elegibles pagan un copago de \$0 por un monitor de presión arterial por año.</p> <p>Los miembros a los que se les haya diagnosticado una o más de las siguientes condiciones pueden ser elegibles, bajo SSBCI, para recibir un tensiómetro para ayudarlos a controlar su condición: Trastornos autoinmunes;<br/>Desordenes cardiovasculares;<br/>Insuficiencia cardíaca crónica; Diabetes;<br/>Enfermedad renal terminal (ERT);<br/>Trastornos pulmonares crónicos; Trastornos neurológicos; ACV;<br/>Enfermedades renales crónicas.</p> |

| Costo  | 2023<br>(este año) | 2024<br>(próximo año)   |
|--|--------------------|---|
| <p><b>Monitor de presión arterial</b><br/>(Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI)<br/>(cont.)</p> |                    | <p>La participación continua en nuestro Programa de Gestión de la Atención es fundamental para garantizar una coordinación eficaz de la atención, en particular para estas afecciones crónicas. Si le han diagnosticado una o más de estas afecciones, hable con su Gestora de Atención sobre este beneficio.</p> <p>La prestación de tensiómetro mencionada en este documento es un beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI), y no todos los miembros cumplen los requisitos. Si desea obtener más información, comuníquese con su Gestor de Atención al</p> |



| <b>Costo</b>  | <b>2023<br/>(este año)</b>  | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <b>Monitor de presión arterial</b><br>(Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI)<br>(cont.) |   | 1-877-940-9330<br>(los usuarios de TTY deben llamar al 711).                                  |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>   | Usted paga un copago de \$20 para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare | Usted paga un copago de \$15 para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare             |
| <b>Examen de audición (rutinario)</b>   | Sin cobertura   | Usted paga un copago de \$0 por un examen de audición de rutina por año.                      |
| <b>Audífonos</b>  | Sin cobertura   | Usted paga un copago de \$0 por un ajuste/evaluación de aparatos auditivos cada tres (3) años |

| Costo  | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)  |
|--|--|--|
| <b>Audífonos<br/>(cont.)</b>   |  | Pagamos hasta \$1,000, por oído, por audífonos, una vez cada tres (3) años.  |
| <b>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare y medicamentos de infusión en el hogar</b> | Usted paga un coaseguro del 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare. | <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><b>Se requiere autorización</b></p> |

| <b>Costo</b>  | <b>2023<br/>(este año)</b>   | <b>2024<br/>(próximo año)</b>   |
|---|--|---|
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b> | Se requiere autorización únicamente para servicios de radiología de diagnóstico y radiografías terapéuticas  | <b>Se requiere autorización</b>   |
| <b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>  | <p>Cada trimestre, puede adquirir hasta \$55.00 de ciertos artículos OTC con una tarjeta de débito OTC proporcionada por el Plan.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden acumularse de trimestre a trimestre.</p> <p>Visite nuestro sitio web (<a href="http://www.centersplan.com">www.centersplan.com</a>) para consultar nuestra lista de artículos cubiertos.</p> | <p>Cada trimestre, puede adquirir hasta \$100.00 de ciertos artículos OTC con una tarjeta de débito OTC proporcionada por el Plan.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden acumularse de trimestre a trimestre.</p> <p>Visite <a href="http://www.mybenefitscenter.com">www.mybenefitscenter.com</a> para consultar nuestra lista de artículos cubiertos.</p> |

| <b>Costo</b>                                | <b>2023<br/>(este año)</b>   | <b>2024<br/>(próximo año)</b>  |
|---|--|--|
| <b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> | Usted paga un copago de \$20 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare | Usted paga un copago de \$15 por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare   |
| <b>Transporte</b>                           | Sin cobertura  | <p>Usted paga \$0 por 6 viajes de ida cada tres (3) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico.</p> <p><b>Se requiere autorización</b></p> |

---

## 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/mapd](http://www.centersplan.com/mapd).

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<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 3, 4 y 5 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 \$395.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del nivel 1, un costo compartido de \$15 por los medicamentos del nivel 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es \$395.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un costo compartido de \$0 por los medicamentos del nivel 1, un costo compartido de \$15 por los medicamentos del nivel 2 y el costo total de los medicamentos de los niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa  | 2023<br>(este año)   | 2024<br>(próximo año)   |
|--|--|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></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 <b>usted paga su parte del costo.</b></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><b>Nivel 1 - Genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 2 - Genérico:</b> Usted paga \$15 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><b>Nivel 1 - Genérico preferido:</b> Usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 2 - Genérico:</b> Usted paga \$15 por medicamento recetado.</p> |



| Etapa  | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)   |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> | <p><b>Nivel 3 - Marca preferida:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p><b>Nivel 4 - Marca no preferida:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> | <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 3 - Marca preferida:</b> Usted paga \$47 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 - Marca no preferida:</b> Usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel</p> |

| Etapa   | 2023<br>(este año)  | 2024<br>(próximo año)  |
|---|---|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></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 o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p><b>Nivel 5 - Nivel de especialidad:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</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><b>Nivel 5 - Nivel de especialidad:</b> Usted paga el 25 % del costo total.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</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> |

| Etapa   | 2023<br>(este año) | 2024<br>(próximo año) |
|---|--------------------|-----------------------|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p><b>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la “Lista de medicamentos”.</b></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 Medicare Advantage 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 Medicare Advantage 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](http://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 5) o llame a Medicare (consulte la sección 5.2). 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 Medicare Advantage 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 Medicare Advantage 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 del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Ellos pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder a preguntas relacionadas con cambios de planes. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede conocer más acerca del HIICAP visitando su sitio web, <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>.

## **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 am y las 7 pm, de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas del día. Los usuarios 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. Las personas deben cumplir con determinados criterios, entre



ellos, una constancia de residencia estatal y de condición del VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por 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 Medicare Advantage Care**

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

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

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2024. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de cobertura 2024* de *Centers Plan for Medicare Advantage Care*. La Evidencia de cobertura es la descripción legal y detallada de su plan de beneficios. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos recetados y servicios cubiertos. Puede

encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.centersplan.com/mapd](http://www.centersplan.com/mapd).

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/mapd](http://www.centersplan.com/mapd). 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](http://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](http://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](mailto:MemberServices@centersplan.com)

[www.centersplan.com/mapd](http://www.centersplan.com/mapd)