Instructions to the Health Plan

* [The plan may include the ANOC in the 2024 Participant Handbook (Evidence of Coverage) or provide it to Participants separately.]
* [Before use, the plan must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Participant Handbook). The plan should work with its marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current Participants. The plan should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new Participants.]
* [The plan should follow the instructions in the State-specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” the plan may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [The plan should refer Participants to the 2024 Participant Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plan may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English-speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:
* Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where plan-customized information causes an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Covered Items and Services Chart in Chapter 4 of the Participant Handbook, insert: **Esta sección continúa en la página siguiente**).
* Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.
* Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.
* Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).
* Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.
* Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.
  + Use universal symbols or commonly understood pictorials.
* Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.
* Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.
* Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.
* Consider producing translated models in large print.]

**<Plan name>** [**insert plan type**] **ofrecido por** [**insert sponsor name**]

***Aviso anual de cambios* para 2024**

[Optional: insert Participant name]

[Optional: insert Participant address]

Introducción

[If there are any changes to the plan for 2024, insert: Actualmente, usted está inscrito como participante de <plan name>. El próximo año, habrá cambios en [insert as applicable: los beneficios, la cobertura [y] las reglas] del plan. En [insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] se explican los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte el Manual del Participante, que se encuentra en nuestro sitio web en [insert URL]. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.]

[If there are no changes whatsoever for 2024 (e.g. no changes to benefits, coverage, rules, networks), insert: Actualmente, usted está inscrito como participante de <plan name>. El próximo año, no habrá cambios en los beneficios, la cobertura [ni] las reglas del plan. No obstante, aun así debería leer [insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] para informarse sobre sus opciones de cobertura. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte el Manual del Participante, que se encuentra en nuestro sitio web en [insert URL]. Los términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.]

[*Any plan that does not include a particular section (e.g., Section C, Section F) deletes the section, orders all remaining sections and subsections sequentially, and updates the Table of Contents accordingly.* The plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 5](#_Toc139283677)

[B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid para el próximo año 5](#_Toc139283678)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc139283679)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc139283680)

[B3. Es importante que haga lo siguiente 7](#_Toc139283681)

[C. Cambios en el nombre del plan 8](#_Toc139283682)

[D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red 8](#_Toc139283683)

[E. Cambios en los beneficios para el próximo año 9](#_Toc139283684)

[E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 9](#_Toc139283685)

[E2. Cambios en la cobertura de medicamentos de receta 9](#_Toc139283686)

[F. Cambios administrativos 12](#_Toc139283687)

[G. Cómo elegir un plan 13](#_Toc139283688)

[G1. Cómo permanecer en nuestro plan 13](#_Toc139283689)

[G2. Cómo retirarse de <plan name> 13](#_Toc139283690)

[H. Cómo obtener ayuda 16](#_Toc139283691)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 16](#_Toc139283692)

[H2. Cómo obtener ayuda de New York Medicaid Choice 16](#_Toc139283693)

[H3. Cómo obtener ayuda del Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) 16](#_Toc139283694)

[H4. Cómo obtener ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) 17](#_Toc139283695)

[H5. Cómo obtener ayuda de Medicare 17](#_Toc139283696)

[H6. Cómo obtener ayuda de Medicaid 18](#_Toc139283697)

# Declaraciones requeridas

* [The plan must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.]
* El estado de New York ha creado el programa ombudsman para el participante denominado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para proporcionar asesoramiento gratuito y confidencial sobre los servicios ofrecidos por <plan name>. Puede comunicarse con el programa ICAN de manera gratuita llamando al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844-614-8800) o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](http://icannys.org/get-help/help-spanish).
* [The plan may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

# Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el año próximo. Si no cubre sus necesidades, usted podría dejar el plan. Consulte la sección G2 para obtener más información.

Si abandona nuestro plan, seguirá formando parte de los programas Medicare y Medicaid, siempre y cuando sea elegible para ello.

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (consulte la página <page number>).
* [The plan should include language that describes how Participants will get their Medicaid benefits, whether through Medicaid fee-for-service, or whether they will need to choose a Medicaid managed care plan.]

|  |
| --- |
| B1. Recursos adicionales  * ATENCIÓN: Si habla [insert language of the disclaimer], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.] * Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como, por ejemplo, con letra grande, en braille o en audio. Llame al [insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. * [The plan also must simply describe: * how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format, * how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time, **and** * how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format.]  B2. Información sobre <plan name>  * [Insert plan’s legal or marketing name] es un plan de cuidado administrado que tiene contratos con Medicare y el Departamento de Salud del Estado de New York (Medicaid) para ofrecer beneficios a los participantes a través de la demostración del programa Organización integral para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo (FIDA-IDD). * La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida. * <Plan name> es ofrecido por [insertsponsor name]. Cuando en este *Aviso anual de cambios* se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a [insert sponsor name]. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan”, se refiere a <plan name>. |
| B3. Es importante que haga lo siguiente  * **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios** [insert if applicable: **y costos**] **que le afecte.**   + ¿Hay algún cambio que afecte a los servicios que usted utiliza?   + Es importante revisar los cambios en los beneficios del próximo año para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades.   + Busque en las secciones <section number> [plan may insert reference, as applicable] y <section number> [plan may insert reference, as applicable] información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan. * **Compruebe si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos de receta que le afecte.**    + ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel distinto? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?   + Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos para el próximo año se ajusta a sus necesidades.   + Busque en la sección <section number> [plan may insert reference, as applicable] información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos. * **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**    + ¿Sus médicos, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?   + Busque en la sección <section number> [plan may insert reference, as applicable] información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. * **Piense si está contento con nuestro plan.** |

| **Si decide quedarse en <2024 plan name>:** | **Si decide abandonar <2024 plan name>:** |
| --- | --- |
| Si lo que quiere es seguir con nosotros el año próximo, es fácil, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan. | [The plan should revise this paragraph as necessary] Si cree que otra cobertura se ajusta mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan (consulte la sección G2 para obtener más información). Si abandona nuestro plan, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la sección <section number>, página <page number> [plan may insert additional reference, as applicable] para obtener más información sobre sus opciones. |

# Cambios en el nombre del plan

[A plan not changing the plan name may delete this section. A plan with an anticipated name change at a time other than January 1 may modify the date below as necessary.]

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de <2023 plan name> a <2024 plan name>.

[Insert language to inform Participants whether they will get new Participant ID Cards and how, as well as how the name change will affect any other Participant communication.]

# Cambios en los proveedores y farmacias de la red

[A plan with no changes to network providers and pharmacies inserts: No hemos hecho ningún cambio en nuestra red de proveedores y farmacias para el próximo año.

No obstante, es importante que sepa que podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tendrá ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del Manual del participante [plan may insert reference, as applicable].]

[A plan with changes to provider and/or pharmacy networks, as described in Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directory Requirements in the State-specific Marketing Guidance, inserts: Nuestra(s) red(es) de [insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] [insert as applicable: [ha or han]] cambiado en 2024.

**Revise nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*****2024** y compruebe si sus proveedores o farmacias siguen formando parte de nuestra red. En nuestro sitio web <web address> encontrará el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para pedir información actualizada sobre proveedores o que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias por correo.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tendrá ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 del Manual del participante [plan may insert reference, as applicable].]

# Cambios en los beneficios para el próximo año

## E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

[If there are no changes in benefits, replace the rest of the section with: No hay cambios en sus beneficios para servicios médicos. Nuestros beneficios en 2024 serán exactamente los mismos que en 2023.]

Haremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. En la tabla siguiente se detallan estos cambios.

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024; **and**
* new or changing limitations or restrictions, including prior authorizations (PA), on benefits for 2024.]

|  | **2023 (este año)** | **2024 (el próximo año)** |
| --- | --- | --- |
| [**Insert benefit name**] | [For benefits that were not covered in 2023, insert:  [insert benefit name] **no** tiene cobertura.] | [For benefits that will not be covered in 2024, insert:  [insert benefit name] **no** tiene cobertura.] |
| [**Insert benefit name**] | [Insert 2023 coverage, using format described above.] | [Insert 2024 coverage, using format described above.] |

## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos de receta

**Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

[A plan that did not includea List of Covered Drugs in the envelope, inserts: Recibirá la Lista de medicamentos cubiertos de 2024 en un envío aparte.]

[A plan that did not includea List of Covered Drugs in the envelope and will not mail it separately unless requested, inserts: En nuestro sitio web <web address> encontrará la Lista de medicamentos cubiertos actualizada. También puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para pedir información actualizada sobre medicamentos o que le enviemos una Lista de medicamentos cubiertos por correo.]

[A plan that includeda List of Covered Drugs in the envelope, inserts: Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de 2024 en este sobre.] La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Lista de medicamentos”.

[A plan with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with: No hemos hecho ningún cambio en nuestra Lista de medicamentos para el próximo año. No obstante, podemos hacer cambios en la Lista de medicamentos en cualquier momento durante el año, con la aprobación de Medicare o el estado. Para obtener más información, consulte la Lista de medicamentos 2024.]

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, entre otros, cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

Si le afecta alguno de los cambios efectuados en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que haga lo siguiente:

* Hable con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente que sí cubramos.
  + Llame a Servicios al participante al <phone number> [insert if applicable: o comuníquese con su administrador de cuidados] para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud.
  + Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto adecuado para usted.
* [The plan should include the following language if it has an advance transition process for current Participants:] Hable con su médico (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepción y cubra el medicamento.
  + Puede solicitar una excepción antes de que finalice el año actual y le daremos una respuesta en un plazo máximo de 72 horas tras recibir su solicitud (o la declaración de apoyo de su proveedor).
  + Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 del *Manual del participante de 2024* [plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante al <phone number>.
  + Si necesita ayuda para solicitar una excepción, puede comunicarse con Servicios al participante [insert if applicable: o su administrador de cuidados]. Consulte el Capítulo 2 [plan may insert reference, as applicable] y el Capítulo 3 [plan may insert reference, as applicable] del *Manual del participante* para obtener más información sobre cómo comunicarse con su administrador de cuidados.
* [The plan should include the following language if all current Participants will not be transitioned in advance for the following year:] Pida al plan que cubra un suministro temporal del medicamento.
  + En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
  + Este suministro temporal será de [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días como máximo. (Para obtener más información sobre cuándo se puede solicitar un suministro temporal y cómo hacerlo, consulte el Capítulo 5 del *Manual del participante* [plan may insert reference, as applicable]).
  + Cuando usted reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

[The plan may include additional information about processes for transitioning current Participants to formulary drugs when its formulary changes relative to the previous plan year.]

[Include language to explain whether current formulary exceptions will still be covered next year or a new one needs to be submitted.]

**Cambios en los costos de los medicamentos de receta**

No hay cambios en las cantidades que usted paga por medicamentos de receta en 2024. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de receta, siga leyendo a continuación.

[Insert if applicable: Hemos pasado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel de medicamento. Para averiguar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.]

La tabla siguiente muestra sus costos de medicamentos en cada uno de nuestros <number of tiers> niveles de medicamentos.

[The plan must list all drug tiers in the following table.]

|  | 2023 (este año) | **2024 (el próximo año)** |
| --- | --- | --- |
| **Medicamentos del nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2023 cost sharing: El copago por el suministro para ([insert number of days in a one-month supply] días en) un mes es de **$0 por receta**.] | [Insert 2024 cost sharing: El copago por el suministro para ([insert number of days in a one-month supply] días en) un mes es de **$0 por receta**.] |
| **Medicamentos del nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  El costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2023 cost sharing: El copago por el suministro para ([insert number of days in a one-month supply] días en) un mes es de **$0 por receta**.] | [Insert 2024 cost sharing: El copago por el suministro para ([insert number of days in a one-month supply] días en) un mes es de **$0 por receta**.] |

# Cambios administrativos

[This section is optional. A plan with administrative changes that impact Participants (e.g., change in contract or PBP number) may insert this section, include an introductory sentence that explains the general nature of administrative changes, and describe the specific changes in the following table.]

|  | **2023 (este año)** | **2024 (el próximo año)** |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2023 administrative description] | [Insert 2024 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2023 administrative description] | [Insert 2024 administrative description] |

# Cómo elegir un plan

## G1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga con nosotros el próximo año.

**Si quiere seguir en nuestro plan de salud, no es necesario que haga nada.** Si usted no se inscribe en un plan Medicare Advantage ni se cambia a Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como participante de nuestro plan durante 2024.

## G2. Cómo retirarse de <plan name>

[A plan in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible Participants (duals SEP) inserts: Usted puede terminar su participación en el plan en cualquier momento durante el año. Volverá a obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado como se describe a continuación.]

[A plan in states that implement the dual-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly SEP effective 2019, inserts:La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden terminar su participación solo en determinados períodos del año. Como miembro de Medicaid, usted puede poner fin a su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes **períodos especiales de inscripción:**

* De enero a marzo
* De abril a junio
* De julio a septiembre

Además de estos tres períodos especiales de inscripción, usted también puede terminar su participación en nuestro plan durante los siguientes períodos:

* El **período de inscripción anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y la cobertura del nuevo plan comenzará el 1 de enero.
* El **período de inscripción abierta para Medicare Advantage**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el día 1 del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que se le permita hacer un cambio de inscripción. Por ejemplo, cuando:

* Usted ya no cumple los requisitos para Medicaid o Ayuda adicional,
* Usted se ha mudado hace poco, actualmente está recibiendo cuidado en un hogar para personas de la tercera edad o en un hospital de cuidado a largo plazo, o se acaba de mudar de alguna de esas instituciones, **o**
* Usted se ha mudado fuera de nuestra área de servicio.]

Usted tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al inscribirse en una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en <plan name>.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  No se quede sin cobertura de medicamentos de receta, a menos que disponga ya de dicha cobertura a través de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP) al 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

Si usted abandona <plan name>, aún podrá obtener los servicios de Medicaid.

* Obtendrá los servicios y respaldos a largo plazo y los servicios de salud física y del comportamiento de Medicaid a través del programa de pago por servicio de Medicaid.
* Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid.

# Cómo obtener ayuda

## H1. Cómo obtener ayuda de <plan name>

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al participante al <phone number> (los usuarios de TTY deben llamar al <TTY number>). Nuestro servicio de atención telefónica está disponible <days and hours of operation>.

**Su *Manual del participante de 2024***

El *Manual del participante de 2024* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Describe los beneficios para el próximo año. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

El Manual del participante de 2024 estará disponible el 15 de octubre. [*Insert if applicable*: También puede consultar el *Manual del participante* <adjunto ***or*** anexado ***or*** enviado por correo de manera separada> para averiguar si otros cambios en los beneficios [*insert if applicable*: o los costos] le afectan.] En nuestro sitio web <web address> encontrará una versión actualizada del *Manual del participante de 2024*. También puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para pedirnos que le enviemos el *Manual del participante de 2024* por correo.

**Nuestro sitio web**

Usted también puede visitar nuestro sitio web <web address>. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y la Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

## H2. Cómo obtener ayuda de New York Medicaid Choice

New York Medicaid Choice es el agente de inscripción de cuidado administrado del estado de New York. Sus consejeros pueden darle información sobre otras opciones. Puede llamar a New York Medicaid Choice al 1-844-FIDA IDD o al 1-844-343-2433, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1‑888-329-1541.

## H3. Cómo obtener ayuda del Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)

ICAN es un programa ombudsman que puede ayudarle si tiene algún problema con <plan name>. Sus servicios son gratuitos.

* Este es un programa ombudsman que actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer.
* Le informa sus derechos y protecciones y le explica cómo resolver sus inquietudes.
* No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede comunicarse con el programa ICAN de manera gratuita llamando al 1-844-614-8800 o ingresando en [icannys.org/get-help/help-spanish](http://icannys.org/get-help/help-spanish). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para marcar 844‑614-8800).

## H4. Cómo obtener ayuda del Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)

Puede llamar al Programa de asistencia en seguros de salud del estado (SHIP). En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de información, consejería y ayuda para seguros de salud (HIICAP). Los consejeros del HIICAP pueden explicarle sus opciones y resolver sus dudas relacionadas con el cambio de planes. Este programa no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El teléfono del HIICAP es el 1-800-701-0501. [TTY phone number is optional.]

## H5. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**El sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov/)). Si usted decide cancelar su inscripción en el plan Medicare-Medicaid e inscribirse en un plan Medicare Advantage, en el sitio web de Medicare encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes Medicare Advantage.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare Advantage disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, consulte [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes”).

***Medicare y usted 2024***

Puede leer el manual *Medicare y usted 2024*. Todos los años, en otoño, enviamos este folleto a las personas inscritas en Medicare. En él encontrará un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla ingresando en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## H6. Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información directamente de Medicaid, llame a la Línea de ayuda de Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY: 1-877-898-5849). La Línea de ayuda de Medicaid está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

[The plan may also insert similar sections for the QIO or additional resources that might be available.]