

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ofrecido por MetroPlus Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 4 para ver un Resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios de sus beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma aún tienen cobertura.
- 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 contento con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el dorso de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Una vez que limite su elección a un plan preferente, 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 a más tardar el 7 de diciembre de 2023, permanecerá en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan 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 MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 4, página 12, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a, actualmente vive en o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.
- Póngase en contacto con Servicios al Miembro al 866.986.0356 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es 24 horas al día, 7 días a la semana. Esta llamada es gratuita.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- “MetroPlus Health Plan, Inc.” es un plan HMO D-SNP con un contrato de Medicare y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a MetroPlus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” significa MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

H0423_MKT24_2223s_M Accepted 09052023

Aviso anual de cambios para 2024 Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias	8
Sección 1.4 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	8
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir	16
Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).....	16
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan.....	16
SECCIÓN 4 Cambiar de plan.....	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	18
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	19
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).....	19
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	20
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	20

Resumen de costos importantes para 2024

El siguiente cuadro compara los costos de 2023 y 2024 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$38.90</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$48.70</p>
<p>Deducible</p>	<p>\$226</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>\$240 excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 o 20 % por visita.</p> <p>Visitas al especialista: \$0 o 20 % por visita.</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 o 20 % por visita.</p> <p>Visitas al especialista: \$0 o 20 % por visita.</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por visita.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día 	<p>Por período de beneficios: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Días 61 a 90: copago de \$400 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$800 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Días 61 a 90: copago de \$408 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$800 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0 o \$104 (excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos)</p> <p>Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$0 o o Copago de \$0 o hasta o Coaseguro del 0 % • Todos los demás medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$4.30 o o Copago de \$10.35 o hasta o Coaseguro del 15 % <p>Cobertura Catastrófica:</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coaseguro según corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$0 o o Copago de \$0 • Todos los demás medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$4.60 o o Copago de \$11.20 <p>Cobertura Catastrófica:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. • Por cada receta usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coaseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.
<p>Monto máximo de desembolso</p> <p>Es lo <u>máximo</u> que pagará de desembolso por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos.</p>

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que se la pague Medicaid).	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$38.90	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$48.70

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

Medicare exige a todos los planes de salud que limiten cuánto usted paga de desembolso durante el año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso. Una vez que usted llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso. Si es elegible para asistencia con copagos y deducibles de la Parte A y Parte B de Medicaid, no es responsable por pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) se contabilizan para su monto máximo de desembolso. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.	\$8,300	\$8,850 Una vez que haya pagado \$8,850 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o farmacias o para solicitar el envío por correo del directorio, que se enviará en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Consulte el *Directorio de proveedores 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de nuestro plan a lo largo del año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicios al Miembro para que podamos asistirle.

Sección 1.4 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el año próximo. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Tarjeta Flex	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán una tarjeta Flex de \$400 por año que se puede usar para comprar modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, equipos telefónicos, servicios y el pago de servicios públicos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta Flex de \$155 por mes que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS) y dispositivos de seguridad para el baño. Este beneficio será parte de un nuevo paquete de Beneficios Complementarios Combinados. El saldo no utilizado de la tarjeta Flex vencerá al finalizar cada mes.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Vales de comida saludable</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros autorizados pueden recibir hasta \$100 por trimestre en vales de comida que se pueden usar para comprar alimentos saludables frescos de proveedores participantes.</p>	<p>Sin cobertura. Los comestibles son parte del nuevo paquete de la tarjeta Flex.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta Flex de \$155 por mes que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS) y dispositivos de seguridad para el baño. El saldo no utilizado de la tarjeta Flex vencerá al finalizar cada mes.</p>
<p>Lentes y accesorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los lentes y accesorios están cubiertos hasta un total de \$350 por año para: lentes de contacto, anteojos, lentes para anteojos, marcos para anteojos y mejoras.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los lentes y accesorios están cubiertos hasta un total de \$450 por año para: lentes de contacto, anteojos, lentes para anteojos, marcos para anteojos y mejoras.</p>
<p>Audífonos (todos los tipos)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>La cobertura para audífonos se limita a un beneficio máximo de \$500 para ambos oídos cada 3 años.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0</p> <p>La cobertura para audífonos se limita a un beneficio máximo de \$500 para ambos oídos por año.</p>
<p>Servicios de podología (atención del pie de rutina)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros serán elegibles para 4 visitas al año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros serán elegibles para 8 visitas al año.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios de transporte (rutina / no emergencia)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>*Los miembros serán elegibles para catorce (14) viajes de ida al año a un lugar de atención médica aprobado por el plan.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>*Los miembros serán elegibles para cuarenta y ocho (48) viajes de ida al año a un lugar de atención médica aprobado por el plan.</p>
<p>Acupuntura complementaria</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Los miembros serán elegibles para veinte (20) visitas complementarias de acupuntura.</p>
<p>Beneficio nutricional/ dietético</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros serán elegibles para seis (6) visitas al año (Ámbito: individual y grupal).</p>
<p>Beneficios de comidas después del alta</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros serán elegibles para hasta diez (10) comidas entregadas a domicilio durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados a su hogar.</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir comidas entregadas a domicilio si se cumplen los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesario debido a una enfermedad. - De forma congruente con el tratamiento establecido de la enfermedad. 	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros serán elegibles para hasta veinte (20) comidas entregadas a domicilio durante los 5 días posteriores al alta de un entorno para pacientes hospitalizados a su hogar.</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir comidas entregadas a domicilio si se cumplen los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necesario debido a una enfermedad. - De forma congruente con el tratamiento establecido de la enfermedad.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 0 % o 20 % (hasta \$95).</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 0 % o 20 % (hasta \$100).</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>
<p>Servicios de necesidad urgente</p>	<p>Usted paga un coaseguro del 0 % o 20 % (hasta \$60).</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 o un coaseguro 20 % (hasta \$55).</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día • Días 61 a 90: copago de \$400 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$800 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Por período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 • Días 1-60: copago de \$0 por día • Días 61-90: copago de \$408 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$816 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1 a 60: copago de \$0 por día • Días 61 a 90: copago de \$400 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$800 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Por período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632 • Días 1-60: copago de \$0 por día • Días 61-90: copago de \$408 por día • 60 días de reserva de por vida: copago de \$816 por día <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1-20 • Copago de \$200 por día para los días 21-100 <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Por período de beneficios, usted paga: \$0 o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1-20 • Copago de \$204 por día para los días 21-100 <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</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”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” se provee electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra “Lista de medicamentos”, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si habrá algunas restricciones.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos que la FDA considere inseguros o que el fabricante del producto retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proveer 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 una excepción y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su parte del costo de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no sea aplicable a usted.

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), es posible que la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un anexo separado, llamado “Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también conocido como “Anexo de subsidio por ingresos bajos” o “Anexo LIS”) que le informa sobre los costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este anexo a más tardar el **30 de septiembre de 2023**, llame a Servicios al Miembro y solicite el Anexo LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en las primeras dos etapas: la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayor parte de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa de Deducible Anual

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, debe pagar el costo total de sus medicamentos de marca hasta que alcance el deducible anual. No se aplica el deducible para los productos de insulina cubiertos ni para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre ellas, herpes, tétanos y vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>El monto de su deducible será de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte un anexo separado, el Anexo LIS, para confirmar el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga un copago de \$0 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y debe pagar el costo total de todos los demás medicamentos hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, 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 de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener más información sobre los costos de un suministro a largo plazo o por recetas de medicamentos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <p>Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$0 o • Copago de \$0 o hasta • Coaseguro del 0 % <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.30 o • Copago de \$10.35 o hasta • Coaseguro del 15 % <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$4,660, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos):</p> <p>Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$0 o • Copago de \$0 <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.60 o • Copago de \$11.20 <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$5,030, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en la Cobertura y en la Etapa de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de Brecha en la Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica) son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayor parte de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en la Cobertura ni la Etapa de Cobertura Catastrófica**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Proveedor de artículos de venta libre (OTC)	Sus beneficios de artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son administrados por CVS.	Sus beneficios de artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) son administrados por NationBenefits.

SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente se inscribirá en nuestro MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro, pero si desea cambiar de plan en 2024, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a otro plan de salud de Medicare
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([medicare.gov/plan-compare](https://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 6) o a Medicare (consulte la sección 7.2). Le recordamos que MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para cambiarse a **Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, usted debe seguir uno de los siguientes pasos:
 - Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O* contáctese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicite que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En algunas circunstancias, también está permitido cambiarse de plan en otros momentos del año. Ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios.

Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **períodos de inscripción especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está conforme con el plan que eligió, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o bien puede 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 recientemente se mudó a, actualmente vive en o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Asesoría, Asistencia e Información sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos para las personas con Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a HIICAP al 800.701.0501. Puede obtener más información sobre HIICAP visitando su sitio web (nyconnects.ny.gov/services/health-insurance-information-counseling-assistance-program-hiicap-791).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, contacte al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 888.692.6116 o al 718.557.1399, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que recibe su cobertura de Medicaid del Estado de Nueva York.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos distintas clases de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Dado que tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa “Ayuda Adicional”, también conocido como Subsidio por ingresos bajos. La “Ayuda Adicional” paga una parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Como usted cumple los requisitos, no tiene una brecha en la cobertura ni se le aplicará una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

- La Oficina de 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 automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de residencia en el estado y de su condición de VIH, de bajos ingresos según define el estado y de que no tiene seguro o tiene un seguro limitado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH que no Tienen Seguro (ADAP por sus siglas en inglés). Para obtener más información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al 800.542.2437, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356, (solo TTY, llame al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas las 24 horas al día, 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen sobre los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura*

en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Le recordamos que, en nuestro sitio web, podrá encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 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.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y usted 2024

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Cada otoño, se les envía por correo este documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo 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.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 888.692.6116 o al 718.557.1399, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.