



Aviso anual de cambios para 2021

Plan Medicare Advantage con medicamentos con receta (MAPD)
Plan doble de necesidades especiales (D-SNP)
Y plan Medicaid Advantage Plus (MAP)

**Bronx, Kings (Brooklyn), Nassau, New York (Manhattan),
Queens y Westchester**

Servicios coordinados de atención a largo plazo basados en la comunidad y acceso a los beneficios de Medicare y Medicaid en un solo plan de atención administrada.



La manera de envejecer bien en Nueva York

AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP) ofrecido por AgeWell New York, LLC.

Aviso anual de cambios para 2021

Usted está inscrito actualmente como miembro de AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP). El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este documento describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. **CONSULTE:** Qué cambios se aplican a usted.

Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.

- Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
- Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique los cambios en el documento acerca de nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido distinto?
- ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, como la necesidad de nuestra aprobación antes de surtir su receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilización de esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar costos anuales de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices. Estos tableros señalan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto dinero gastará en las primas y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga más información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al dorso de su manual Medicare & You (Medicare y usted).
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan para el 7 de diciembre de 2020, será inscrito en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2, página 12, para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan para el **7 de diciembre de 2020**, será inscrito en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Su inscripción en el plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en inglés de forma gratuita.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-237-3210. (Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-662-1220). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-237-3210 (TTY/TDD: 1-800-662-1220).
- **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-237-3210 (TTY/TDD: 1-800-662-1220).
- También tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística en otros idiomas si llama al número anterior.
- Esta información está disponible en distintos formatos, como tamaño de letra grande. Además, nuestro sitio web proporciona una herramienta de accesibilidad que puede utilizarse para aumentar el tamaño de texto y cuenta con un lector de pantalla con audio. Si necesita información en otro formato o idioma, o si necesita ayuda para navegar en el sitio web o usar la herramienta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que se menciona más arriba.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Medidas de Protección del Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP)

- AgeWell New York, LLC. es un plan de organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene un contrato con Medicare y un convenio de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. La inscripción en AgeWell New York, LLC depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid del estado de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a AgeWell New York, LLC. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, hace referencia a AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP).

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 para AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.agewellnewyork.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*. Si usted es elegible para recibir asistencia de Medicare para pagar su costo compartido a través de Medicaid, paga \$0 por su deducible, consultas en el consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: copago de \$0 por consulta
Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.	Copago de \$0 por día	Copago de \$0 por día

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Según su nivel de “Ayuda Adicional”, es posible que sea elegible para pagar los montos de costo compartido que se detallan a continuación:</p> <p>Deducible: \$0 o hasta \$435</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 o hasta \$8.95 por receta.</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.60 por receta.</p> <p>Para los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$3.90 o copago de \$8.95 por receta.</p>	<p>Según su nivel de “Ayuda Adicional”, es posible que sea elegible para pagar los montos de costo compartido que se detallan a continuación:</p> <p>Deducible: \$0 o hasta \$445</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamentos de Nivel 1: copago de \$0 o hasta \$9.20 por receta.</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.70 por receta</p> <p>Para los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.20 por receta</p>
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$3,400</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,450</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....	12
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP)	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 3 Cambio de plan	14
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	15
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?.....	16
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP)	16
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	16
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	17

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	No hay cambios en los beneficios para el próximo año.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos por medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,400	\$3,450 Una vez que haya pagado \$3,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.agewellnewyork.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista dejan de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo nuestro esfuerzo por enviarle un aviso que explicará que su proveedor dejará el plan con al menos 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejarán el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.agewellnewyork.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias.

Revise el Directorio de farmacias de 2021 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.agewellnewyork.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura <u>no</u> tienen cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta, hasta diez (10) consultas cada año.
	La “acupuntura para lumbalgia crónica: servicio cubierto por Medicare” <u>no</u> tiene cobertura.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta cubierta por Medicare. <i>No se requiere autorización previa.</i> Para obtener más información acerca de su beneficio de acupuntura, consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de cobertura.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Audífonos	Debido a que usted tiene derecho a los beneficios completos de Medicaid del estado de Nueva York, tiene cobertura para audífonos según sea médicamente necesario.	<p>Usted paga un copago de \$0 por audífonos.</p> <p>Cubrimos hasta \$1,500 para audífonos por ambos oídos combinados cada dos (2) años.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>Servicios para audífonos proporcionados a través de EPIC Hearing Healthcare</p>
Servicios de laboratorio	<p>Usted paga un copago de \$0 por pruebas y servicios de laboratorio.</p> <p><i>No se requiere autorización previa para pruebas genéticas.</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por pruebas y servicios de laboratorio.</p> <p><i>Se requiere autorización previa para pruebas genéticas.</i></p>
Rehabilitación ambulatoria Servicios	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada fisioterapia, terapia ocupacional y visita de terapia del habla y lenguaje</p> <p>Los servicios cubiertos por Medicaid son limitado a veinte (20) terapia ocupacional y visitas de terapia del habla y lenguaje por año calendario. Físico las visitas de terapia se limitan a cuarenta (40) por año calendario; excepto para niños menores de 21 y el desarrollo discapacitado</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada fisioterapia, terapia ocupacional y visita de terapia del habla y lenguaje</p> <p>Todo médicamente necesario fisioterapia, ocupacional terapia y lenguaje del habla visitas de terapia que se ordenan por un médico u otra persona autorizada profesionales están cubiertos</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Medicamentos de venta libre (OTC)	<p>Usted es elegible para un crédito de \$141 cada tres (3) meses (crédito de \$564 cada año) que puede utilizar para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC).</p> <p>Los créditos no utilizados no se transfieren al próximo período.</p>	<p>Usted es elegible para un crédito de \$100 mensuales (crédito de \$1,200 cada año) que puede utilizar para la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC).</p> <p>Los créditos no utilizados no se transfieren al próximo período.</p>
Servicios de telesalud	<p>Los servicios de telesalud <u>no</u> tienen cobertura.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de telesalud prestado por un proveedor de atención primaria (PCP) o médico especialista.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de telesalud prestado por servicios de salud mental para pacientes externos, servicios de psiquiatría para pacientes externos y servicios por abuso de sustancias para pacientes externos.</p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se le enviará una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente. **Puede conseguir la Lista de medicamentos completa** si llama al Departamento de Servicios para Miembros (consulte la contracubierta) o visite nuestro sitio web (www.agewellnewyork.com).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un único suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar que haya un período sin cobertura en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si un cambio en el formulario de un año a otro lo afecta, revisaremos su historia de utilización (la historia se remonta a 120 días atrás) para determinar la elegibilidad para un surtido de transición para 30 días. También le enviaremos una carta de surtido de transición a usted y a su médico para recomendarle que cambie a un medicamento alternativo que cubramos o que solicite una excepción.

Si usted y su médico solicitan una excepción y esta se aprueba, deberán solicitar una excepción para su medicamento cada nuevo año del plan.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se realizan al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos hacer otros cambios que están autorizados por las normas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios de medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no se aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto con el paquete, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este documento, encontrará los números de teléfono del Departamento de Servicios para Miembros.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que llegue a su deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$435.</p> <p>Su monto del deducible es de \$0 o bien \$89, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$445.</p> <p>Su monto del deducible es de \$0 o bien \$92, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el inserto separado, “Cláusula adicional LIS”, para obtener el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para obtener información sobre cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y medicamentos de marca:</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o hasta \$8.95 por receta.</p> <p>Según su nivel de “Ayuda Adicional”, es posible que sea elegible para los copagos subsidiados que se detallan a continuación:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.60 por receta.</p> <p>El resto de los medicamentos:</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o copago de \$3.90 o copago de \$8.95 por receta.</p>	<p>El costo de un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y medicamentos de marca:</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o hasta \$9.20 por receta.</p> <p>Según su nivel de “Ayuda Adicional”, es posible que sea elegible para los copagos subsidiados que se detallan a continuación:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o copago de \$1.30 o copago de \$3.70 por receta.</p> <p>El resto de los medicamentos:</p> <p>Usted paga: copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.20 por receta.</p>

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que haya pagado \$4,020 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$4,130 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

Cambios en la etapa del período sin cobertura y en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas son dos de las otras dos etapas para personas con costos altos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan, usted no tendrá que hacer nada. Si no se registra en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare para el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito como miembro de nuestro plan, AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2021* (Medicare y usted 2021), llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que AgeWell New York, LLC. ofrece otros planes de salud de Medicare Y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros (en la Sección 6.1 de este documento, encontrará los números de teléfono)
 - *O bien* póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

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

¿Hay otros momentos del año en los que se pueda hacer el cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán la cobertura de su empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden ser autorizadas a hacer un cambio en otras épocas del año.

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

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se lo denomina Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros de Salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de Nueva York.

El Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia, Asesoría e Información sobre Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York visitando su sitio web

(<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid en el estado de Nueva York llamando al 1-800-541-2831, TTY/TDD 1-800-662-1220, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Consulte cómo la inscripción a otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la forma de obtener su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, se mencionan dos tipos diferentes de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, también llamada subsidio para personas con bajos ingresos. La “Ayuda Adicional” paga parte de las primas de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Debido a que usted califica, no queda expuesto a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas de Edad Avanzada de Nueva York (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa estatal de asistencia en seguros de salud. Puede llamar a la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas de Edad Avanzada (EPIC) del estado de Nueva York al 1-800-332-3742 (TTY/TDD: 1-800-290-9138), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta 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 el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y evidencia de no tener seguro o un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) de Nueva York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-866-237-3210. (Los usuarios de TTY/TDD solamente deben llamar al 1-800-662-1220). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2021* (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para AgeWell New York Advantage Plus (HMO SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.agewellnewyork.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.agewellnewyork.com. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de 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)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

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

Puede leer el manual *Medicare & You 2021 (Medicare y usted 2021)*. Cada año, en otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a Medicaid del estado de Nueva York al 1-800-541-2831. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-662-1220.

Departamento de Servicios para Miembros
de AgeWell New York Advantage Plus
(HMO D-SNP)



Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
Llame al	1-866-237-3210 Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Nota: Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, es posible que usemos tecnologías alternativas los fines de semana y los días feriados. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY/TDD	1-800-662-1220 Este número requiere de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
Correo postal	AgeWell New York, LLC Attn: Member Services 1991 Marcus Ave., Suite M201 Lake Success, NY 11042 info@agewellnewyork.com
Sitio web	www.agewellnewyork.com

Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York

El Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros de Salud (HIICAP) de Nueva York es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-701-0501
Correo postal	New York State Office for the Aging 2 Empire State Plaza, 5 th Floor Albany, NY 12223
Sitio web	www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap



agewellnewyork.com
866-237-3210
TTY/TDD 800-662-1220