

VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP) ofrecido por Village Senior Services Corporation (conocida comercialmente como VillageCareMAX)

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP)*. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1 y 2 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “cuadros de información” que se encuentra en la mitad de la segunda Nota hacia la parte inferior de la página. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre 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 gastará en su prima 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: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022).
 - 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 desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, permanecerá inscrito en *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 2.2, página 11 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.

4. INSCRÍBASE: para cambiar de planes, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, será inscrito en *VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP)*.

- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2022. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en *inglés* y *chino*.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para los miembros al 1-800-469-6292. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.
- Puede obtener esta información de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille, o audio. Llame al 1-800-469-6292, y al 711 para usuarios de TTY, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de *VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP)*

- VillageCareMAX es un plan de HMO con contratos de Medicare y de Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en VillageCareMAX está sujeta a la renovación del contrato. El plan también cuenta con un acuerdo, por escrito, con el programa Medicaid del Estado de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a *Village Senior Services Corporation (VillageCareMAX)*. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*.

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y 2022 para *VillageCareMAX Medicare Total Advantage* en varias áreas importantes. Por favor, **tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios**. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagecaremax.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0 para la prima de su medicamento con receta de la Parte D.	\$0 para la prima de su medicamento con receta de la Parte D.
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta.</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>\$0 deducible.</p> <p>\$0 de copago por día por hospitalizaciones necesarias por razones médicas.</p>	<p>\$0 deducible.</p> <p>\$0 de copago por día por hospitalizaciones necesarias por razones médicas.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 de copago • Medicamentos de Nivel 2: \$0 de copago
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <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 detalles).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo hasta llegar al monto máximo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo hasta llegar al monto máximo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	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	6
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 <i>VillageCareMAX Medicare Total Advantage</i>	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes.....	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	15
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de <i>VillageCareMAX Medicare Total Advantage</i>	15
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare.....	16
Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	16

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 para su prima de los medicamentos con receta de la Parte D	\$0 para su prima de los medicamentos con receta de la Parte D

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 alcance 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	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar por ningún costo del desembolso para llegar a la cantidad máxima de desembolso para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 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 durante el resto del año calendario.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.villagecaremax.org, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Por favor, revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de 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 seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- 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 dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar 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.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.villagecaremax.org, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Por favor, revise el Directorio de farmacias de 2022 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Por Favor, tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le explica los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

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 médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2022*. En nuestro sitio web, www.villagecaremax.org, se encuentra disponible una copia de la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Servicios del programa del tratamiento de opiáceos

Los miembros de nuestro plan con el trastorno del consumo de opiáceos (OUD) pueden recibir la cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opiáceos (OTP) que abarca los siguientes servicios:

- Tratamiento de los opiáceos asistido por medicamentos agonistas y antagonistas de los opiáceos (MAT) aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.U.U.
- Despacho y administración de los medicamentos MAT (si aplica)
- Asesoramiento para el consumo de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de ingreso
- Evaluaciones periódicas

Beneficio	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<i>Acupuntura</i>	Tiene una cobertura de hasta 50 visitas por año.	Tiene una cobertura de hasta 5 visitas mensuales con un máximo de 50 visitas por año. (límite de hasta \$80 por visita)
<i>Artículos de salud de venta directa (OTC) y abarrotos – beneficios suplementarios especiales para los que tienen enfermedades crónicas (SSBCI)</i>	<i>Artículos de salud de venta directa (OTC)</i> Usted tiene una cobertura de hasta \$2,200 por año (\$185 por mes) en su tarjeta OTC para comprar medicamentos aprobados sin receta y artículos de salud en las ubicaciones participantes.	Ahora se han combinado las cantidades del beneficio mensual para los artículos de salud OTC y los abarrotos Usted tiene una cobertura de hasta \$2,700 por año (\$225 por mes) en su tarjeta OTC para comprar: <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos aprobados sin receta y artículos de salud en las ubicaciones participantes. • Alimentos aprobados en las ubicaciones participantes. Los miembros deben ser elegibles para los Beneficios Suplementarios Especiales para los que tienen enfermedades crónicas (SSBCI). Por favor consulte su Evidencia de cobertura (EOC) para ver los detalles.

Beneficio	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<i>Cobertura Mundial en Emergencias/Urgencias</i>	Usted tiene cobertura hasta por \$50,000 por año para Cobertura Mundial en Emergencias/Urgencias cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios.	Su cobertura ahora incluye transporte de emergencia en todo el mundo. Usted tiene Cobertura Mundial en Emergencias/Urgencias hasta por \$50,000 por año cuando viaja fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
<i>Servicios adicionales de telesalud</i>	Cobertura bajo circunstancias limitadas cuando está relacionado con la emergencia de salud pública COVID-19	Su cobertura ya no se limita a la emergencia de salud pública COVID-19 Puede obtener los servicios cubiertos a través de métodos de telesalud, según corresponda.

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”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

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 a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para los miembros.

- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del 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

VillageCareMAX Medicare Total Advantage continuará cubriendo las excepciones al formulario actuales el próximo año hasta la fecha final de la autorización.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar 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 participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros 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 denominada “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. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (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 sus costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coaseguros, 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	2021 (este año)	2022 (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 sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por 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 de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$6,550 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca: Usted paga \$0 de copago por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$7,050 de su bolsillo por 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

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el *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 *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia al Medicare Original hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2022, 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 cambiarse al Medicare Original. Si se cambia al Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre el Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (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.**

Como recordatorio, *Village Senior Services Corporation (VillageCareMAX)* ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*.
- Para **cambiarse al Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*.
- Para **cambiarse al Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia al Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, Medicare puede llegar a inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted no haya optado por la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Si desea cambiar a un plan diferente o al Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse al Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. 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

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se llama Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

El Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) es un programa 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 médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con el 1-800-701-0501 (TTY: 711). Para obtener más información sobre el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP), visite su sitio web (www.aging.ny.gov/healthbenefits/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con la Administración de Recursos Humanos/ Departamento de Servicios Sociales (HRA/DSS) al 1-888-692-6116 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Pregunte cómo el unirse a otro plan o volver al Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de Medicaid.

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, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Porque usted tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda adicional” también llamada el Subsidio por Bajos Ingresos. La “Ayuda Adicional” paga algunas de los costos de sus medicamentos de receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Ya que usted califica, no tiene una brecha en la cobertura ni multa de inscripción tardía. Si usted tiene preguntas acerca de la “Ayuda Adicional”, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina 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 deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o a
 - Su 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 Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (el nombre y los teléfonos de esta organización están en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de la Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138).

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de *VillageCareMAX Medicare Total Advantage*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-469-6292 (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2022* (describe en detalles 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 2022. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2022 para VillageCareMAX Medicare Total Advantage*. 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagecaremax.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.villagecaremax.org. Le recordamos que, 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, haga lo siguiente:

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 deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene 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 Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Usted puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la Administración de Recursos Humanos de la ciudad de Nueva York/ Departamento de Servicios Sociales (HRA/DSS) al 1-888-692-6116, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Los usuarios TTY deben llamar al 711.