Instructions to the Health Plan

* [*The plan may include the ANOC in the 2020 Participant Handbook (Evidence of Coverage) or provide it to Participants separately.*]
* [*Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), the plan must upload in HPMS* only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Participant Handbook)*. The plan should work with its marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. The plan must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Benficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that the plan must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current Participants. The plan should not enter ANOC AMD information for October 1, November 1, or December 1 effective enrollment dates or for January 1 effective enrollment dates for any new Participants.*]
* [*The plan is subject to the notice requirements under Section 1557 of the Affordable Care Act. For more information, refer to* [*https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557*](https://www.hhs.gov/civil-rights/for-individuals/section-1557)*.*]
* [*The plan should follow the instructions in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and the State’s specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.*]
* [*Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” the plan may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.*]
* [*The plan should refer Participants to the 2020 Participant Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, "ver Capítulo 9, Sección A, página 1." An instruction* [*plan may insert reference, as applicable*] *is listed next to each cross reference.*]
* [*Where the template instructs inclusion of a phone number, the plan must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.*]
* [*Wherever possible, the plan is encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English speaking and non-English speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where an item or text continues on to the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Participant Handbook, insert:* **Esta sección continua en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
* *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialect in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English.*
* *Consider producing translated models in large print*.]

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

*Aviso anual de cambios* para 2020

[Optional: insert Participant name]

[Optional: insert Participant address]

Introducción

[If there are any changes to the plan for 2020, insert: Usted está inscrito actualmente como Participante de <plan name>. El año próximo, habrá algunos cambios a los [insert as applicable: beneficios, cobertura, [y] reglas]del plan. [Insert as applicable: Esta sección **or** Este Aviso anual de cambios] le dice sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.]

[If there are no changes whatsoever for 2020 (e.g., no changes to benefits, coverage, rules, costs, networks, etc.), insert: Usted está inscrito actualmente como Participante de <plan name>. El año próximo, no habrá cambios a los beneficios, cobertura [y] reglas del plan. No obstante, aún así debería leer [Insert as applicable: esta sección **or** este Aviso anual de cambios] para enterarse sobre sus opciones de cobertura. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.]

[*The plan must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.*]

Tabla de Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc14365803)

[B. Revisando su Cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo 5](#_Toc14365804)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc14365805)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc14365806)

[B3. Cosas importantes qué hacer: 7](#_Toc14365807)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc14365808)

[D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red 8](#_Toc14365809)

[E. Cambios a los beneficios para el año próximo 9](#_Toc14365810)

[E1. Cambios a los beneficios para servicios médicos 9](#_Toc14365811)

[E2. Cambios a la cobertura de medicamentos de receta 10](#_Toc14365812)

[F. Cambios administrativos 12](#_Toc14365813)

[G. Cómo elegir un plan 13](#_Toc14365814)

[G1. Cómo quedarse en nuestro plan 13](#_Toc14365815)

[G2. Cómo dejar <plan name> 13](#_Toc14365816)

[H. Cómo obtener ayuda 16](#_Toc14365817)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 16](#_Toc14365818)

[H2. Cómo obtener ayuda de New York Medicaid Choice 17](#_Toc14365819)

[H3. Cómo obtener ayuda de la red independiente para la defensa del consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) 17](#_Toc14365820)

[H4. Cómo obtener ayuda del Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) 18](#_Toc14365821)

[H5. Cómo obtener ayuda de Medicare 18](#_Toc14365822)

[H6. Como obtener ayuda de Medicaid 18](#_Toc14365823)

# A. Renuncias de garantías

* [*The plan must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* El estado de New York creó un Programa de ombudsman del participante, llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN, por sus siglas en inglés), para dar asistencia gratuita y confidencial a los Participantes, sobre cualquiera de los servicios ofrecidos por <plan name>. Se puede comunicar con ICAN sin costo al 1-844-614-8800 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800) o, por internet en [icannys.org.](http://www.icannys.org)
* [The plan may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

# B. Revisando su Cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo

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

Si usted sale de nuestro plan, todavía estará en los programas Medicare y Medicaid, siempre que sea elegible.

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

|  |
| --- |
| B1. Recursos adicionales  * ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay disponibles para usted servicios de asistencia en su idioma sin cargo. Usted puede obtener esta información gratis en otros idiomas. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. [This disclaimer must be included in all non-English languages that meet the Medicare and/or state thresholds for translation.] * Usted puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letras grandes, braille o audio. Llame al Call [*insert Participant Services toll-free phone and TTY numbers and days and hours of operation*]. La llamada es gratuita. * [*The plan also must simply describe:*   + *how it will request a Participant’s preferred language other than English and/or alternate format,*   + *how it will keep the Participant’s information as a standing request for future mailings and communications so the Participant does not need to make a separate request each time, and*   + *how a Participant can change a standing request for preferred language and/or format*.]  B2. Información sobre <plan name>  * [Insert plan’s legal or marketing name] es un plan de cuidados administrados que tiene contratos con Medicare y New York State Department of Health (Medicaid), para ofrecer beneficios a los Participantes a través del programa piloto Fully Integrated Duals Advantage for individuals with Intellectual and Developmental Disabilities (FIDA-IDD, programa para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo que tienen Medicare y Medicaid). * La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada llamada “cobertura esencial mínima” (MEC, por sus siglas en inglés). Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de protección al paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families), para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida. * <Plan name> lo ofrece [insert sponsor name]. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, significa [insert sponsor name]. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, significa <plan name>.  B3. Cosas importantes qué hacer:  * **Revise si hay algún cambio a nuestros beneficios que le afecte.** * ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa * Es importante revisar los cambios a los beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el año próximo. * Busque en las secciones <section number> [plan may insert reference, as applicable]y <section number> [plan may insert reference, as applicable] la información sobre cambios a los beneficiosde nuestro plan. * **Revise si hay algún cambio a nuestra cobertura de medicamentos de receta para ver si podrían afectarle.** * ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Están en un nivel diferente? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? * Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos funcionará para usted el año próximo. * Busque en la Sección <section number> [plan may insert reference, as applicable]la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos. * **Revise si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.** * ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa? * Busque en la Sección <section number> [the plan may insert reference, as applicable] la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias.* * **Piense si está contento con nuestro plan.** |

| **Si decide quedarse en <2020 plan name>:** | **Si decide dejar <2020 plan name>:** |
| --- | --- |
| Si desea quedarse con nosotros el año próximo, no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, usted seguirá automáticamente inscrito en nuestro plan. | [The plan should revise this paragraph as necessary] Si decide que otra cobertura es mejor para sus necesidades, es posible que usted pueda dejar nuestro plan (lea la sección G2 para más información). Si deja nuestro plan, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección <section number> de la página <page number> [The plan may insert additional reference, as applicable] para saber más sobre sus opciones. |

# C. Cambios al nombre del plan

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

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de <2019 plan name> a <2020 plan name>.

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

# D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red

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

No obstante, es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Si quiere más información, lea el Capítulo 3 de su Manual del participante.]

[A plan with changes to provider and/or pharmacy networks, as described in Chapter 4 of the Medicare Managed Care Manual, Chapter 5 of the Medicare Prescription Drug Benefit Manual, and the Provider and Pharmacy Directory Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance, inserts: Nuestra red de [insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] ha cambiado para 2020.

Le recomendamos mucho que **revise su Directorio de proveedores y farmacias actual** para ver si sus proveedores o farmacias siguen en nuestra red. Hay un Directorio de proveedores y farmacias actualizado en nuestro sitio web en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para pedir información actualizada o para pedir que le envíen por correo un Directorio de proveedores y farmacias.

Es importante que usted sepa que también podemos hacer cambios a nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Encontrará más información en el Capítulo 3 de su Manual del participante.]

# E. Cambios a los beneficios para el año próximo

## E1. Cambios a los beneficios para servicios médicos

[If there are no changes in benefits, replace the rest of the section with: No hay cambios a sus beneficios por servicios médicos. Nuestros beneficios serán exactamente iguales en 2020 que en 2019.]

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el año próximo. La tabla siguiente describe estos cambios.

[The table must include:

* *all new benefits that will be added or 2019 benefits that will end for 2020, and*
* *new or changing limitations or restrictions, including prior authorizations, on benefits for 2020*.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| **[Insert benefit name]** | [For benefits that were not covered in 2019, insert: [insert benefit name] **no** está cubierto.] | [For benefits that will not be covered in 2020, insert: [insert benefit name] **no** está cubierto.] |
| **[Insert benefit name]** | [Insert 2019 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2020 cost or coverage, using format described above.] |

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

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

[A plan that did not include a List of Covered Drugs in the envelope, inserts: Recibirá una Lista de medicamentos cubiertos de 2020 en un envío por separado.]

[*A plan that did not include a List of Covered Drugs in the envelope and will not mail it separately unless requested, inserts*: Una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestro sitio de red en <web address>. Usted también puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para información de medicamentos actualizada o para pedir que le enviemos la *Lista de medicamentos cubiertos*.]

[A plan that included a List of Covered Drugs in the envelope,inserts: Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de 2020 en este sobre.] La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “Listado de medicamentos”.

[A plan with no changes to covered drugs, tier assignment, or restrictions may replace the rest of this section with: No hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos para el año próximo. Los medicamentos que están en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2020 que en 2019. Sin embargo, se nos permite hacer cambios a la Lista de medicamentos en cualquier momento durante el año, con la aprobación de Medicare y/o el estado. Lea más información en la Lista de medicamentos de 2020.]

[A plan that offers indication-based formulary design must include: Si cubrimos un medicamento para algunas afecciones médicas, lo identificamos claramente en la Lista de medicamentos y en el Buscador de Planes de Medicare junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.]

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

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

Si algún cambio en la cobertura de medicamentos le afecta, le recomendamos:

* Trabajar con su médico (u otro proveedor) para encontrar un medicamento diferente que sí cubrimos.
* Puede llamar a Servicios al participante al <phone number> [*insert if applicable*: o comunicarse con su Administrador de cuidados] para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma enfermedad.
* Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pudiera funcionar para usted.
* [The plan should include the following language if it has an advance transition process for current Participants:] Trabaje con su médico (u otro proveedor) y pida que el plan haga una excepción para cubrir el medicamento.
* Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta a más tardar 72 horas después de que recibamos su pedido (o la declaración de apoyo de su proveedor).
* Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, lea el Capítulo 9 del *Manual del participante* de 2020 [the plan may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante al <phone number>.
* Si usted necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al participante [insert if applicable: o con su Administrador de cuidados]. Consulte el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del Manual del participante para aprender más sobre cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados.
* [The plan should include the following language if all current Participants will not be transitioned in advance for the following year:] Pida al plan que cubra un suministro temporero del medicamento.
* En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporero** del medicamento durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
* Este suministro temporero será hasta por [insert supply limit (must be the number of days in plan’s one-month supply)] días. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporero y cómo pedirlo, lea el Capítulo 5 del *Manual del participante* [the plan may insert reference, as applicable].)
* Cuando usted reciba un suministro temporero de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acaba su suministro temporero. Puede cambiarse a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

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

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

Cambios a los costos de los medicamentos de receta

No hay cambios en las cantidades que usted paga por medicamentos de receta en 2020. Lea abajo más información sobre su cobertura de medicamentos de receta.

[Insert if applicable: Pasamos algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel más alto o más bajo. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.]

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 2019 (este año) | **2020 (el año próximo)** |
| **Medicamentos del nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$0 por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$0 por receta**.] |
| **Medicamentos del nivel <Tier number>**  ([Insert short description of tier (e.g., generic drugs)])  Costo del suministro para un mes de un medicamento del nivel <Tier number> surtido en una farmacia de la red | [Insert 2019 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$0 por receta**.] | [Insert 2020 cost sharing: Su copago por un suministro de un mes ([insert number of days in a one-month supply] días) es de **$0 por receta**.] |

# F. Cambios administrativos

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

|  | **2019 (este año)** | **2020 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2019 administrative description] | [Insert 2020 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2019 administrative description] | [Insert 2020 administrative description] |

# G. Cómo elegir un plan

## G1. Cómo quedarse en nuestro plan

Esperamos que siga como Participante con nosotros el año próximo.

**Usted no tiene que hacer nada para quedarse en nuestro plan.** Si usted no se inscribe en un plan Medicare Advantage o se cambia a Medicare Original, se quedará inscrito automáticamente como Participante de nuestro plan durante 2020.

## G2. Cómo dejar <plan name>

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

[*A plan in states that implement the duals SEP effective 2020, inserts:* La mayoría de personas con Medicare pueden terminar su participación durante ciertas épocas del año. Porque usted tiene Medicaid, usted puede terminar su participación en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los siguientes**Períodos especiales de inscripción:**

* Enero a marzo
* Abril a junio
* Julio a septiembre

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

* El **Período de Inscripción Anual**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en <plan name> terminará el 31 de diciembre y su participación en el nuevo plan comenzará el 1 de enero.
* El **Período de Inscripción Abierta** **para Medicare Advantage**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su participación en el plan nuevo empezará el primer día del próximo mes.

Pueden haber otras situaciones en las que usted es elegible para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

* Su elegibilidad para Medicaid o Ayuda Adicional ha cambiado,
* Usted esté recibiendo cuidado en un asilo de ancianos o en un hospital de cuidado a largo plazo, o
* Usted se ha mudado].

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted terminará automáticamente su participación en <plan name>.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cuidado integral para ancianos (PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y asistencia para los seguros de salud (HIICAP, Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program) al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y asistencia para los seguros de salud (HIICAP, Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program), al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  Solamente debe abandonar su cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene dudas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de información, consejería y asistencia para los seguros de salud (HIICAP, Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program) al 1-800-701-0501. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1‑800-633-4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de información, consejería y asistencia para los seguros de salud (HIICAP, Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program), al 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |

Si usted deja <plan name>, usted podrá seguir recibiendo sus servicios de Medicaid.

* Usted recibirá sus servicios y respaldos a largo plazo y sus servicios de salud física y del comportamiento a través de Medicaid con pago por servicios.
* Usted podrá ver a cualquier proveedor que acepte Medicaid.

# H. Cómo obtener ayuda

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

¿Alguna pregunta? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios al participante al <phone number> (sólo para TTY, llame al <TTY number>). Estamos disponibles para llamadas telefónicas <days and hours of operation>.

Su *Manual del participante de 2020*

El *Manual del participante de 2020* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Tiene detalles sobre los beneficios del año próximo. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos de receta cubiertos.

El Manual del participante de 2020 estará disponible para el 15 de octubre. [Insert if applicable: También puede revisar el *Manual del participante* <adjunto ***or*** anexado ***or*** enviado por correo de manera separada> para ver si le afectan otros cambios de beneficio [insert if applicable: o costo].]La copia más actualizada del *Manual del participante de 2020* se encuentra en nuestro sitio web en <web address>. También puede llamar a Servicios al participante al <phone number> para pedirnos que le enviemos un *Manual del participante de 2020*.

Nuestro sitio web

Usted también puede ir a nuestro sitio web en <web address>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (el *Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra Lista de medicamentos (*Lista de medicamentos cubiertos*).

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

New York Medicaid Choice es el agente de inscripciones de cuidados administrados del estado de New York. Los consejeros de New York Medicaid Choice pueden hablarle sobre sus otras opciones Usted puede llamar a New York Medicaid Choice al 1-844-FIDA IDD o 1-844-343-2433, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.

## H3. Cómo obtener ayuda de la red independiente para la defensa del consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés)

ICAN es un programa ombudsman que puede ayudarle si tiene problemas con <plan name>. Los servicios de ICAN son gratuitos.

* ICAN en un programa ombudsman que trabaja como defensor en su nombre. Ellos pueden responder a sus preguntas si usted tiene un problema o una queja y pueden ayudarle a entender qué hacer.
* ICAN asegura que usted tiene información relacionada con sus derechos y protecciones y cómo puede resolver sus inquietudes.
* ICAN no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud. Puede comunicarse con ICAN sin costo al 1-844-614-8800 o por internet en [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y luego seguir las indicaciones para marcar el 844-614-8800.)

## H4. Cómo obtener ayuda del Programa de asistencia del seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Usted puede llamar al Programa de asistencia del seguro de salud del estado. En el estado de New York, SHIP se llama Programa de información, consejería y asistencia para los seguros de salud (HIICAP, Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program). Los consejeros de HIICAP pueden ayudarle a entender sus opciones y responder a sus preguntas sobre los cambios de plan. HIICAP no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con un plan de salud. El teléfono de HIICAP es 1-800-701-0501. [*TTY phone number is optional.*]

## H5. Cómo obtener ayuda de Medicare

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

El sitio web de Medicare

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

Usted puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que hay en su área al usar el “Buscador de planes de Medicare” en el sitio web de Medicare. (Para leer la información de los planes, vaya a <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”.)

*Medicare y usted 2020*

Puede leer el Manual *Medicare y usted 2020*. Enviamos este folleto a las personas que tiene Medicare todos los años, en el otoño. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llame al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), las 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## H6. Como obtener ayuda de Medicaid

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

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