Instructions to Health Plans

* [Plans must include the ANOC in the 2024 Member Handbook (Evidence of Coverage) for current members.]
* [Before use, plans must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Member Handbook). Plans should work with their marketing reviewers to withdraw any duplicate material submitted in error. Plans must enter Actual Mail Dates (AMDs) for ANOCs in accordance with CMS requirements as detailed in the “Update AMD/Beneficiary Link/Function” section of the Marketing Review Users Guide in HPMS. Note that plans must enter AMD information for ANOC mailings only for mailings to current members. Plans 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 members.]
* [Plans may modify the language in the ANOC, as applicable, to address Medicaid benefits and cost sharing for its dual eligible population.]
* [Plans must use “Medicaid” as the state-specific name for the program throughout.]
* [Plans should follow the instructions in the State-specific Marketing Guidance regarding use of the standardized plan type (Medicare-Medicaid Plan) following the plan name.]
* [Plans may change references to “member,” “customer,” or “beneficiary” to whatever term they prefer.]
* [*Plans should replace the reference to “Member Services” with the term the plan uses.*]
* [Where the template uses “medical care,” “medical services,” or “health care services,” plans may revise and/or add references to long-term services and supports and/or home and community-based services as applicable.]
* [Plans should refer members to the 2024 Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [plans may insert reference, as applicable] is listed next to each cross reference.]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans must ensure it is a toll-free number and include a toll-free TTY number and days and hours of operation.]
* [*Wherever possible, plans are encouraged to adopt good formatting practices that make information easier for English speaking and non-English-speaking enrollees to read and understand. The following are based on input from beneficiary interviews:*
* *Format a section, chart, table, or block of text to fit onto a single page. In instances where* plan-customized information causes *an item or text to continue on the following page, enter a blank return before right aligning with clear indication that the item continues (for example, similar to the Benefits Chart in Chapter 4 of the Member Handbook, insert:* **Esta sección continúa en la página siguiente***).*
* *Ensure plan-customized text is in plain language and complies with reading level requirements established in the three-way contract.*
* *Break up large blocks of plan-customized text into short paragraphs or bulleted lists and give a couple of plan-specific examples as applicable.*
* *Spell out an acronym or abbreviation before its first use in a document or on a page (for example, Long-term services and supports (LTSS) or low income subsidy (LIS)).*
* *Include the meaning of any plan-specific acronym, abbreviation, or key term with its first use.*
* *Avoid separating a heading or subheading from the text that follows when paginating the model.*
  + *Use universal symbols or commonly understood pictorials.*
* *Draft and format plan-customized text and terminology in translated models to be culturally and linguistically appropriate for non-English speakers.*
* *Consider using regionally appropriate terms or common dialects in translated models.*
* *Include instructions and navigational aids in translated models in the translated language rather than in English*
* *Consider producing translated models in large print.*]

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

*Aviso anual de cambios* para 2024

[Optional: insert member name]

[Optional: insert member address]

Introducción

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

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

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

Tabla de contenidos

[A. Declaraciones requeridas 5](#_Toc137549359)

[B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid para el próximo año 5](#_Toc137549360)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc137549361)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc137549362)

[B3. Es importante que haga lo siguiente 7](#_Toc137549363)

[C. Cambios en el nombre del plan 9](#_Toc137549364)

[D. Cambios en los proveedores y farmacias de la red 9](#_Toc137549365)

[E. Cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] para el próximo año 9](#_Toc137549366)

[E1. Cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] para servicios médicos 9](#_Toc137549367)

[E2. Cambios en la cobertura de medicamentos de receta 10](#_Toc137549368)

[E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial” 13](#_Toc137549369)

[E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica” 14](#_Toc137549370)

[F. Cambios administrativos 16](#_Toc137549371)

[G. Cómo elegir un plan 16](#_Toc137549372)

[G1. Cómo permanecer en nuestro plan 16](#_Toc137549373)

[G2. Cómo cambiar de plan 17](#_Toc137549374)

[G3. Qué sucede si no quiere unirse a otro plan Medicare-Medicaid 18](#_Toc137549375)

[G4. Cómo recibirá los servicios de Medicare 18](#_Toc137549376)

[H. Cómo recibirá los servicios de Medicaid 20](#_Toc137549377)

[I. Cómo obtener ayuda 21](#_Toc137549378)

[I1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 21](#_Toc137549379)

[I2. Cómo obtener ayuda de los Servicios de inscripción de clientes de Illinois 22](#_Toc137549380)

[I3. Cómo obtener ayuda del Programa Ombudsman de Illinois para el cuidado de salud a largo plazo 22](#_Toc137549381)

[I4. Cómo obtener ayuda del Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) 22](#_Toc137549382)

[I5. Cómo obtener ayuda de Medicare 23](#_Toc137549383)

[I6. Cómo obtener ayuda de Medicaid 23](#_Toc137549384)

# Declaraciones requeridas

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the State-specific Marketing Guidance.*]
* [Plans may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

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

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

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

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare (consulte la página <page number>).
* Usted obtendrá los beneficios de Medicaid a través del pago por servicio [***If MLTSS******is an option*** *in the* member’*s county, plans must include the following language:* o un plan de salud de servicios y respaldos a largo plazo administrados (MLTSS) de Medicaid a través de HealthChoice Illinois] (consulte la página <page number> para obtener más información).

| **Recursos** |
| --- |
| B1. Recursos adicionales  * ATENCIÓN: Si habla [*insert language of the disclaimer*], hay servicios de asistencia de idioma disponibles para usted sin cargo. Llame al [insert Member Services toll-free phone and TTY numbers, and days and hours of operation]. La llamada es gratuita. [*This disclaimer must be included in Spanish.*] * Usted puede obtener esta información gratis en otros formatos, como por ejemplo, en letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. * [*Plans also must simply describe:*    + how they will request a member’s preferred language other than English and/or alternate format,   + how they will keep the member’s information as a standing request for future mailings and communications so the member does not need to make a separate request each time, **and**   + *how a member 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 salud que tiene contratos con Medicare e Illinois Medicaid para ofrecer beneficios de ambos programas a los inscritos. * La cobertura en virtud de <plan name> es una cobertura médica calificada denominada “cobertura esencial mínima”. Esta cobertura cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida. * <Plan name> es ofrecido por [insert sponsor name]. Cuando en este *Aviso anual de cambios* se habla de “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a [insert sponsor name]. Cuando se habla del “plan” o de “nuestro plan,” se refiere a <plan name>. |

| B3. Es importante que haga lo siguiente  * **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios** [insert if applicable: **y costos**] **que le afecte.**    + ¿Hay algún cambio que afecte a los servicios que usted utiliza?   + Es importante revisar los cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] del próximo año para asegurarse de que se ajusten a sus necesidades.   + Busque en las secciones <section number> [plans may insert reference, as applicable] y <section number> [plans may insert reference, as applicable] información sobre los cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] de nuestro plan. * **Compruebe si hay algún cambio en la cobertura de medicamentos de receta que le afecte.**    + ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Estarán en un nivel [*insert if applicable*: de costo compartido] distinto? ¿Puede seguir usando las mismas farmacias?   + Es importante que revise los cambios para asegurarse de que su cobertura de medicamentos para el próximo año se ajusta a sus necesidades.   + Busque en la sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.   + [*All plans with any Part D cost sharing insert:* Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.     - Hable con su médico sobre las posibles alternativas con un costo más bajo disponibles para usted; esto puede suponer un ahorro en los gastos anuales directos de su bolsillo durante todo el año.     - Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage). (Haga clic en el enlace “tableros de control” que encontrará en medio de la nota, hacia el final de la página. En estas tablas podrá comprobar fácilmente qué fabricantes han aumentado sus precios, así como otra información acerca de los precios de medicamentos de año en año).     - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.] * **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**   + ¿Sus médicos, incluidos sus especialistas, están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?   + Busque en la sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. * **Piense en sus costos totales en el plan.** * [*Insert if applicable*: ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos de receta que consume de manera regular?]   + ¿Cómo son sus costos totales en comparación con otras opciones de cobertura? * **Piense si está contento con nuestro plan.** |
| --- |

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

# Cambios en el nombre del plan

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

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

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

# Cambios en los proveedores y farmacias de la red

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

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

[Plans with changes to provider and/or pharmacy networks, as described in the Provider and Pharmacy Directory Requirements in the State-specific Marketing Guidance, insert: Nuestra(s) red(es) de [insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacias] [insert as applicable: ha or han] cambiado en 2024.

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

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

# Cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] para el próximo año

## E1. Cambios en los beneficios [insert if applicable: y los costos] para servicios médicos

[If there are no changes in benefits or in cost sharing, replace the rest of the section with: No hay cambios en los beneficios para servicios médicos [insert if applicable: ni en lo que paga por ellos]. Nuestros beneficios [insert if applicable: y lo que paga por estos servicios médicos cubiertos] en 2024 serán exactamente los mismos que en 2023.]

Haremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos [insert if applicable: y lo que usted paga por ellos] para el año próximo. En la tabla siguiente se detallan estos cambios.

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2023 benefits that will end for 2024;
* new or changing limitations or restrictions, including prior authorizations (PA), on benefits for 2024; **and**
* all changes in cost sharing for 2024 for covered medical services, including any changes to service category out-of-pocket maximums.]

|  | **2023 (este año)** | **2024 (el próximo año)** |
| --- | --- | --- |
| [**Insert benefit name**] | [For benefits that were not covered in 2023, insert:  [insert benefit name] **no** tiene cobertura.]  [For benefits with a copay insert:  Usted hace un copago de **$<2023 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].] | [For benefits that will not be covered in 2024, insert:  [insert benefit name] **no** tiene cobertura.]  [For benefits with a copay insert:  Usted hace un copago de **$<2024 copay amount>** [insert language as needed to accurately describe the benefit, e.g., “per office visit”].] |
| [**Insert benefit name**] | [Insert 2023 cost or coverage, using format described above.] | [Insert 2024 cost or coverage, using format described above.] |

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

[*Plans that did not include a List of Covered Drugs in the envelope, insert*: Recibirá la *Lista de medicamentos cubiertos* de 2024 en un envío aparte.]

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

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

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

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

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

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

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

[Plans may include additional information about processes for transitioning current enrollees to formulary drugs when your formulary changes relative to the previous plan year.]

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

Cambios en los costos de los medicamentos de receta [option for plans with two drug payment stages]

[Plans with two payment stages (i.e., those charging LIS cost-shares in the initial coverage stage), should include the following information in the ANOC.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios en los montos que paga por medicamentos de receta en 2024. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de receta, siga leyendo a continuación.]

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de receta de la Parte D de Medicare bajo <2024 plan name>. La cantidad que usted pague dependerá de la etapa en la que esté cuando surta o resurta una receta. Descripción de las etapas:

| **Etapa 1**  **Etapa de cobertura inicial** | **Etapa 2**  **Etapa de cobertura catastrófica** |
| --- | --- |
| Durante esta etapa, el plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se denomina copago.  Esta etapa da comienzo cuando usted surte su primera receta del año. | Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2024.  Esta etapa da comienzo cuando usted ha pagado una determinada cantidad de gastos directos de su bolsillo. |

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de los gastos directos de su bolsillo para medicamentos de receta alcanza los [*insert as applicable****:* $<initial coverage limit>** *or* **$<TrOOP amount*>***]. Es entonces cuando empieza la Etapa de cobertura catastrófica. A partir de ese momento, el plan cubre todos sus costos de medicamentos hasta final de año. Consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro* [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de receta.

## E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga una parte del costo de sus medicamentos de receta cubiertos y usted paga su parte. La parte que le corresponde a usted se denomina copago. El copago depende de en qué nivel de costo compartido está el medicamento y de dónde lo obtiene usted. Usted efectuará un copago cada vez que surta una receta. Si el precio de su medicamento cubierto es menor que el copago, usted pagará el costo más bajo.

[Insert if applicable: **Hemos pasado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel de medicamento.** Si sus medicamentos cambian de nivel, el copago podría verse afectado. Para saber 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. Estos montos se aplican **solo** durante el tiempo en que usted se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

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

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

La Etapa de cobertura inicial termina cuando el total de los gastos directos de su bolsillo alcanza los [insert as applicable: **$<initial coverage limit>** or **$<TrOOP amount>**]. Es entonces cuando da comienzo la Etapa de cobertura catastrófica. A partir de ese momento, el plan cubre todos sus costos de medicamentos hasta final de año. Consulte el Capítulo 6 del *Manual del miembro* [plans may insert reference, as applicable] para obtener más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos de receta.

## E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura catastrófica”

Cuando usted llega al límite de gastos de bolsillo [insert as applicable:**$<initial coverage limit>** or**$<TrOOP amount>**]para sus medicamentos de receta, comienza la Etapa de cobertura catastrófica. Usted seguirá en la Etapa de cobertura catastrófica hasta el final del año calendario.

* [*Plans that do not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language:* Cuando esté en la Etapa de cobertura catastrófica, seguirá haciendo copagos por los medicamentos cubiertos por Medicaid.]
* [*Plans that do not reduce the copays for Medicaid-covered drugs in the catastrophic coverage stage should insert the following language:* Para encontrar más información sobre cuáles de sus medicamentos están cubiertos por Medicaid en comparación con los cubiertos por Medicare, consulte la *List of Covered Drugs*,[*plans may insert reference, as applicable*]*.*]

Cambios en los costos de los medicamentos de receta [*option for plans with a single payment stage*]

[Plans with one payment stage (i.e., those with no cost-sharing for all Part D drugs), include the following information.]

[If there are no changes in prescription drug costs, insert: No hay cambios en los montos que paga por medicamentos de receta en 2024. Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos de receta, siga leyendo a continuación.]

[Insert if applicable: **Hemos pasado algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos a otro nivel de medicamento.** [Insert if applicable: Si sus medicamentos cambian de nivel, el copago podría verse afectado.] Para saber 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.

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

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

# Cambios administrativos

[This section is optional. Plans with administrative changes that impact members (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 table below.]

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

# Cómo elegir un plan

## G1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que siga con nosotros el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada si lo que quiere es seguir en nuestro plan de salud. Si usted no se inscribe en un plan Medicare-Medicaid diferente o se cambia a un plan Medicare Advantage o Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan durante 2024.

## G2. Cómo cambiar de plan

Si quiere seguir recibiendo los beneficios de Medicare y Medicaid juntos en un solo plan, usted puede unirse a otro plan Medicare-Medicaid. Puede inscribirse en el nuevo plan Medicare-Medicaid llamando a los Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. La llamada y la ayuda son gratuitas.

[*Plans in states that continue to implement a continuous Special Enrollment Period for dual eligible members (duals SEP) insert:* Usted puede terminar su participación en el plan en cualquier momento durante el año inscribiéndose en otro plan Medicare Advantage o plan Medicare-Medicaid, o volviendo a Medicare Original.]

[*Plans in states that implement the dual*-eligible individual and other LIS-eligible individual quarterly *SEP effective 2019, insert:* La mayoría de las personas inscritas en Medicare pueden terminar su participación solo en determinados períodos del año. Como miembro de 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**:

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

Además de en estos tres períodos especiales de inscripción, usted también puede poner fin a 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 día 1 del mes siguiente.

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

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

## G3. Qué sucede si no quiere unirse a otro plan Medicare-Medicaid

Si no quiere inscribirse en otro plan Medicare-Medicaid después de abandonar <plan name>, usted volverá a obtener los servicios de Medicare y Medicaid por separado.

## G4. Cómo recibirá los servicios de Medicare

Usted tendrá tres opciones para obtener los servicios de Medicare. Al seleccionar una de estas opciones, automáticamente terminará su participación en nuestro plan Medicare-Medicaid:

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como un plan Medicare Advantage o un Programa de cobertura total de salud para ancianos (PACE)** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo la cobertura de su nuevo plan. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original sin un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte**  **NOTA:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de receta de Medicare aparte, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no se quiere inscribir.  No se quede sin cobertura de medicamentos de receta, a menos que disponga ya de dicha cobertura a través de un empleador, un sindicato u otra fuente. Si tiene alguna pregunta sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o más información:   * Llame al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP) al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.   Su inscripción a <plan name> quedará automáticamente cancelada cuando dé comienzo su cobertura de Medicare Original. |

# Cómo recibirá los servicios de Medicaid

[***If MLTSS is not an option*** *in the* member*’s county, plans must include the following language:* Si usted abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio.]

[***If MLTSS******is an option*** *in the* member*’s county, plans must include the following language:* Si usted abandona el plan Medicare-Medicaid, obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio o deberá inscribirse en el programa de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Si usted no está en un centro de enfermería ni inscrito en un programa de excepción de Servicios con base en el hogar y la comunidad (HCBS), obtendrá los servicios de Medicaid a través del pago por servicio. Puede acudir a cualquier proveedor que acepte Medicaid y nuevos pacientes.

Si usted está en un centro de enfermería o inscrito en un programa de excepción de HCBS, deberá inscribirse en el programa de MLTSS de HealthChoice Illinois para obtener los servicios de Medicaid.

Para elegir un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, puede llamar a los Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. Dígales que quiere abandonar <plan name> y unirse a un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.]

[*All plans with a CY 2024 MLTSS contract must include the following language* ***if MLTSS is an option*** *in the* member*’s county:* Si usted no elige un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se lo asignará al plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de nuestra compañía.]

[*All plans without a CY 2024 MLTSS**contract must include the following language* ***if MLTSS******is an option*** *in the* member*’s county:* Si usted no elige un plan de salud de Servicios y respaldos administrados a largo plazo (MLTSS) de HealthChoice Illinois, se le asignará el plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois de otra compañía. <Plan name> no tiene un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois*.*]

Después de que se inscriba en un plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois, tendrá un plazo de 90 días para cambiarse a otro plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

Usted recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro, un Manual del miembro nuevo e [*insert if applicable*: información sobre cómo acceder al ***or***un nuevo] Directorio de proveedores y farmacias de su plan de salud de MLTSS de HealthChoice Illinois.

# Cómo obtener ayuda

## I1. Cómo obtener ayuda de <plan name>

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

Su *Manual del miembro* de 2024

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

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

Nuestro sitio web

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

## I2. Cómo obtener ayuda de los Servicios de inscripción de clientes de Illinois

[Plans should insert information about Illinois Client Enrollment Services, including a brief description on what kind of help Illinois Client Enrollment Services can provide.] Puede llamar a los Servicios de inscripción de clientes de Illinois al 1-877-912-8880 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-565-8576. La llamada y la ayuda son gratuitas.

## I3. Cómo obtener ayuda del Programa Ombudsman de Illinois para el cuidado de salud a largo plazo

El Programa Ombudsman de Illinois para el cuidado de salud a largo plazo puede ayudarle si tiene algún problema con <plan name>. Los servicios del ombudsman son gratuitos. El Programa Ombudsman de Illinois para el cuidado de salud a largo plazo:

* Es un programa ombudsman que actúa como defensor en su nombre. Puede resolver sus dudas si usted tiene un problema o una queja y explicarle lo que tiene que hacer.
* Le informa de sus derechos y protecciones y le explica cómo resolver sus inquietudes.
* No está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

Puede llamar al Programa Ombudsman de Illinois para el cuidado de salud a largo plazo al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

## I4. Cómo obtener ayuda del Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP)

También puede llamar al Programa de seguro de salud para personas de la tercera edad (SHIP). Los consejeros de SHIP pueden explicarle sus opciones en el plan Medicare-Medicaid y resolver sus dudas en caso de que desee o necesite cambiar de plan. El SHIP no está vinculado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Puede llamar al SHIP al 1-800-252-8966 de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-206-1327. La llamada y la ayuda son gratuitas.

## I5. Cómo obtener ayuda de Medicare

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

El sitio web de Medicare

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

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

*Medicare y usted 2024*

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

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

## I6. Cómo obtener ayuda de Medicaid

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid, usted puede hacer lo siguiente:

* Llame a la Línea de ayuda al cliente del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (DHS). Llame al 1-800-843-6154 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-324-5553.
* Visite [www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=70728](http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=70728).

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