Instrucciones para planes de salud

* [Plans may include the ANOC in the 2019 Participant Handbook (Evidence of Coverage) or provide it to Participants separately.]
* [Before use and under the appropriate, State-specific material code(s), plans must upload in HPMS only (1) a standalone ANOC and (2) a standalone EOC (Participant 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 Participants. 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 Participants.]
* [*Plans are 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)*.*]
* [Plans should follow the instructions in the Medicare 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,” 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 Participants to the 2019 Participant Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “ver Capítulo 9, Sección A, página 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/TDD 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 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 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 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 2019**

[Optional: insert Participant name]  
[Optional: insert Participant address]

Introducción

[If there are any changes to the plan for 2019, insert:] Actualmente, usted está inscrito como participante de <plan name>. El año próximo, habrá algunos cambios en los [insert as applicable: beneficios, la cobertura, [y] las reglas] del plan. Esta [insert as applicable: sección **o** Aviso anual de cambios] le informa 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 2019 (e.g. no changes to benefits, coverage, rules, networks, etc.), insert: Actualmente, usted está inscrito como participante de <plan name>. El año próximo, no habrá cambios en los beneficios, la cobertura, [y] las reglas. No obstante, aun así debería leer la <section letter> de la sección de este Aviso anual de cambios para conocer sus opciones de cobertura en caso de que desee un cambio. Términos clave y sus definiciones se encuentran en orden alfabético en el último capítulo del Manual del participante.]

[*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 Contenido

[A. Renuncias de garantías 5](#_Toc522187710)

[B. Revisando su cobertura de Medicare y Medicaid para el año próximo 5](#_Toc522187723)

[B1. Recursos adicionales 6](#_Toc522187724)

[B2. Información sobre <plan name> 6](#_Toc522187725)

[B3. Cosas importantes para hacer: 7](#_Toc522187726)

[C. Cambios al nombre del plan 8](#_Toc522187727)

[D. Cambios a los proveedores y farmacias de la red 8](#_Toc522187728)

[E. Cambios en los beneficios para el próximo año 9](#_Toc522187729)

[E1. Cambios en los beneficios por servicios médicos 9](#_Toc522187730)

[E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados 10](#_Toc522187731)

[F. Cambios administrativos 12](#_Toc522187732)

[G. Cómo elegir un plan 13](#_Toc522187733)

[G1. Cómo quedarse en <plan name> 13](#_Toc522187734)

[G2. Si desea salir de <plan name> y seguir recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid juntos desde un solo plan 13](#_Toc522187735)

[G3. Cómo salir de <plan name> y recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado 14](#_Toc522187736)

[H. Cómo obtener ayuda 18](#_Toc522187737)

[H1. Cómo obtener ayuda de <plan name> 18](#_Toc522187738)

[H2. Cómo obtener ayuda del agente de inscripción estatal 18](#_Toc522187739)

[H3. Cómo obtener ayuda de Independent Consumer Advocacy Network 19](#_Toc522187740)

[H4. Cómo obtener ayuda del Programa de asistencia de seguro de salud del estado 19](#_Toc522187741)

[H5. Cómo obtener ayuda de Medicare 19](#_Toc522187742)

[H6. Cómo obtener ayuda de Medicaid 20](#_Toc522187743)

# Renuncias de garantías

* [*Plans must include all applicable disclaimers as required in the Medicare Communications and Marketing Guidelines and State-specific Marketing Guidance.*]
* El Estado de Nueva York ha creado un programa de defensa del Participante llamado Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) para brindar a los participantes asistencia confidencial y gratuita sobre cualquiera de los servicios ofrecidos por <plan name>. Puede comunicarse con ICAN llamando a la línea gratuita 1-844-614-8800 o visitando el sitio [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY primero deben marcar 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)
* [Plans may insert additional disclaimers or state-required statements, including state-required disclaimer language, here.]

# 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. Lea la sección G2 para más información.

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

* Usted podrá elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare y Medicaid (vaya a la sección <section letter> que empieza en la página <page number> para ver sus opciones).
* [Plans 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.]

**NOTA:** Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda inscribirse en un plan diferente. Consulte el Capítulo 5 [plan may insert reference, as applicable] de su *Manual del participante* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

|  |
| --- |
| B1. Recursos adicionales  * ATENCIÓN: Si usted habla [*insert language of the disclaimer*], contamos con servicios de asistencia de idiomas sin cargo para usted. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY/TDD 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 esta información gratis en otros formatos, como en letras grandes, braille o audio. Llame al [*insert Participant Services toll-free phone and TTY/TDD numbers and days and hours of operation*]. * [*Plans must simply describe how they will request a Participant’s preferred language and/or format and keep the information as a standing request for future mailings and communications. Plans must also describe 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 atención administrada que tiene convenios con Medicare y con Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes por medio de Fully Integrated Duals Advantage (FIDA, por sus siglas en inglés) Demonstration. * La cobertura bajo <plan name> está certificada como cobertura mínima esencial (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, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de rentas internas (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> para encontrar más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida de MEC. * Este plan de <plan name> lo ofrece [insert sponsor name]. Cuando este *Aviso anual de cambios* diga “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro”, se refiere a [insert sponsor name]. Cuando diga “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a <plan name>*.* |

|  |
| --- |
| B3. Cosas importantes para hacer:  * **Revise si hay algún cambio en nuestros beneficios que pueda afectarle.**   + ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que usted usa?   + Es importante que revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que estos funcionarán para usted el año próximo.   + Busque en las secciones <section number> [plans may insert reference, as applicable] y <section number> [plans may insert reference, as applicable] la información sobre cambios a los beneficios de nuestro plan. * **Revise si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos recetados que pueda 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> [plans may insert reference, as applicable] la información sobre cambios a nuestra cobertura de medicamentos. * **Revise para ver si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el año próximo.**   + ¿Sus médicos están en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa?   + Busque en la sección <section number> [plans may insert reference, as applicable] la información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*. * **Piense si está satisfecho con nuestro plan.** |

|  |  |
| --- | --- |
| Si decide quedarse en <2019 plan name>: | Si decide cambiar de plan: |
| 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. | [Plans should revise this paragraph as necessary] Si decide que otra cobertura será más adecuada para sus necesidades, es posible que usted pueda cambiar de plan (lea la sección G2 para más información). Si se inscribe en un plan nuevo, su cobertura nueva comenzará el primer día del mes siguiente. Lea la sección <section number>, página <page number> [plans may insert reference, as applicable] para saber más sobre sus opciones. |

# Cambios al 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 1º de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de <2018 plan name> a <2019 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 beneficiary communication.]

# Cambios a los proveedores y farmacias de la red

[Plans with no changes to network providers and pharmacies insert: 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. Para obtener más información, lea el Capítulo 3 de su Manual del participante.]

[Plans 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 Directories Requirements subsection in the Introduction to the State’s specific Marketing Guidance, insert: Nuestra(s) red(es) de[insert if applicable: proveedores] [y] [insert if applicable: farmacia] [insert as applicable: ha o han] cambiado para 2019.

Le recomendamos que **revise nuestro *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>. 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. Para obtener más información, lea el Capítulo 3 de su *Manual del participante*.]

# Cambios en los beneficios para el próximo año

## E1. Cambios en los beneficios por 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 2019 que en 2018.

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

[The table must include:

* all new benefits that will be added or 2018 benefits that will end for 2019, and
* new limitations or restrictions on benefits for 2019.]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2018 (este año)** | **2019 (el año próximo)** |
| **[Insert benefit name]** | [For benefits that were not covered in 2018, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.] | [For benefits that will not be covered in 2019, insert:  [insert benefit name] **no** está cubierto.] |
| **[Insert benefit name]** | [Insert 2018 coverage, using format described above.] | [Insert 2019 coverage, using format described above.] |

## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos recetados

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

[*Plans that did not include a List of Covered Drugs in the envelope, insert*: Usted recibirá una Lista de medicamentos cubiertos de 2019 en un envío por separado.]

[*Plans that included a List of Covered Drugs in the envelope, insert*: Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos de 2019 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 hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos para el año próximo. Los medicamentos que están en nuestra Lista de medicamentos serán los mismos en 2019 que en 2018. 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. Para obtener más información, lea la Lista de medicamentos de 2019.]

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. [*Plans should replace the term “Administrador de cuidados” with the term they use.*]
  + Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.
* [Plans should include the following language if they have 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 en 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 2019* [plans may insert reference, as applicable] o llame a Servicios al participante al <phone number>.
  + Si necesita ayuda para pedir una excepción, puede comunicarse con Servicios al participante [*insert if applicable*: o su administrador de cuidados]. Lea el Capítulo 2 y el Capítulo 3 del Manual del participante para aprender más sobre cómo comunicarse con su Coordinador de cuidados.
* [Plans 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** durante los primeros [must be at least 90] días del año calendario.
  + Este suministro temporero será por hasta [*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* [plans 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 acabe 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.

[Plans may include additional information about processes for transitioning current Participants 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 recetados

No hay cambios a las cantidades que paga por medicamentos recetados en 2019. Para obtener más información, lea abajo sobre su cobertura de medicamentos recetados.

[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.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **2018 (este año)** | **2019 (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 2018 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 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.] |
| **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 2018 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 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.] |

# Cambios administrativos

[This section is optional. Plans with administrative changes that impact Participants (e.g., changes in prior authorization requirements, 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 changes in the following table.]

|  | **2018 (este año)** | **2019 (el año próximo)** |
| --- | --- | --- |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2018 administrative description] | [Insert 2019 administrative description] |
| [Insert a description of the administrative process/item that is changing] | [Insert 2018 administrative description] | [Insert 2019 administrative description] |

# Cómo elegir un plan

## G1. Cómo quedarse en <plan name>

Esperamos que siga con nosotros como participante el año próximo.

Usted no tiene que hacer nada para quedarse en nuestro plan de salud.Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original, quedará inscrito automáticamente como participante de nuestro plan durante 2019.

## G2. Si desea salir de <plan name> y seguir recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid juntos desde un solo plan

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

[*Plans in states that implement the new duals SEP effective 2019, insert:* La mayoría de las 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:

* Medicare o <insert name of State> lo ha inscrito en un Plan de Medicare-Medicaid,
* 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].

**NOTA**: Si usted está en un programa de administración de medicamentos, es posible que usted no pueda participar con un plan diferente. Lea el Capítulo 5 [*plan may insert reference, as applicable*] de su *Manual del participante* para más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Si desea seguir recibiendo sus servicios de Medicare y Medicaid juntos desde un solo plan, puede inscribirse en un plan FIDA diferente. Para inscribirse en un nuevo plan FIDA, llame a New York Medicaid Choice al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 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.

Si no desea un plan FIDA diferente, pero aun así desea recibir sus servicios de Medicare y Medicaid juntos desde un solo plan, es posible que pueda inscribirse en el Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) o en el programa Medicaid Advantage Plus (MAP). Para obtener mayor información, llame a New York Medicaid Choice.

## G3. Cómo salir de <plan name> y recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado

Si no desea inscribirse en un plan FIDA, PACE o MAP diferente tras salir de <plan name>, volverá a recibir sus servicios de Medicare y Medicaid por separado.

Cómo recibirá los servicios de Medicare

Tendrá tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, dejará automáticamente de participar en nuestro plan FIDA.

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Usted puede cambiar a:**  **Un plan de salud de Medicare, como Medicare Advantage** | **Esto es lo que tiene que hacer:**  Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o desea más información:   * Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-701-0501. [*TTY/TDD phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. |
| **2. Usted puede cambiar a:**  **Medicare Original con un plan de medicamentos recetados 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o desea más información:   * Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-701-0501. [*TTY/TDD phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original. |
| **3. Usted puede cambiar a:**  **Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado**  **NOTA**: Si cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que le diga a Medicare que no quiere inscribirse.  Usted sólo debe abandonar la cobertura de medicamentos recetados si obtiene cobertura de medicamentos de un empleador, sindicato o de otra fuente. Si no está seguro de si necesita una cobertura de medicamentos, llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.  Si necesita ayuda o desea más información:   * Llame al Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP, por sus siglas en inglés) al 1-800-701-0501. [*TTY/TDD phone number is optional.*]   Su inscripción en <plan name> se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Medicare Original.  [Plans should add information about enrolling in a different Medicaid plan.] |

Cómo recibirá los servicios de Medicaid

Tendrá la oportunidad de cambiar a un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid para recibir sus servicios y respaldos a largo plazo, y obtener sus servicios de salud física y del comportamiento de Medicaid mediante la cobertura de pago por servicio de Medicaid.

**Nota:** Usted puede elegir discontinuar por completo los servicios y respaldos a largo plazo. Sin embargo, puede llevar más tiempo completar un proceso seguro para darse de baja.

* Durante ese plazo, se lo inscribirá en el plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid operado por la misma compañía que <plan name>.
* Su solicitud de cambio de cobertura de Medicare no se demorará y entrará en vigor el primer día del mes luego de que haya solicitado el cambio.

Si usted recibía servicios mediante la exención de Transición y Desvío de Asilo de Ancianos (Nursing Home Transition and Diversion, NHTD) 1915(c) antes de inscribirse en un plan FIDA, tendrá la oportunidad de volver a solicitar la exención.

* Seguirá recibiendo cualquier servicio existente de Transición y Desvío de Asilo de Ancianos de <plan name> o se inscribirá en un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid hasta que le aprueben su solicitud de NHTD.
* New York Medicaid Choice puede ayudarlo con su solicitud de NHTD.

# Cómo obtener ayuda

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

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

Su *Manual del participante de 2019*

El *Manual del participante de 2019* 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 recetados cubiertos.

[If the ANOC is sent or provided separately from the Participant Handbook, include the following: El Manual del participante de 2019 estará disponible a más tardar el 15 de octubre.] La copia más actualizada del *Manual del participante de 2019* 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 2019*.

Vaya a nuestro sitio web

También puede ir a nuestro sitio web en <web address>. Le recordamos que 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 del agente de inscripción estatal

New York Medicaid Choice es el programa de inscripción a la atención administrada del estado de Nueva York. Los asesores de New York Medicaid Choice pueden informarle sobre todas sus opciones de atención administrada. Puede llamar a New York Medicaid Choice al 1-855-600-FIDA, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 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 Independent Consumer Advocacy Network

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) es un programa ombudsman que puede ayudarlo si tiene problemas con <plan name>. Los servicios del ombudsman 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 relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Puede comunicarse con ICAN llamando a la línea gratuita 1-844-614-8800 o visitando el sitio [icannys.org](http://icannys.org/). (Los usuarios de TTY primero deben marcar 711 y luego seguir las indicaciones para marcar 844-614-8800.)

## H4. Cómo obtener ayuda del Programa de asistencia de seguro de salud del estado

También puede llamar al Programa de asistencia de seguro de salud del estado (State Health Insurance Assistance Program, SHIP). En el estado de Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP). Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo a comprender las opciones que le ofrece el plan FIDA y responder sus preguntas sobre cambios de planes. HIICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. El número de teléfono del programa HIICAP es 1-800-701-0501. [*TTY/TDD 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, 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 (<http://www.medicare.gov>). Si decide cancelar su inscripción en el plan FIDA e inscribirse en un plan de Medicare Advantage, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare Advantage. Puede encontrar información sobre los planes de Medicare Advantage que hay en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite <http://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

Lea *Medicare y usted* 2019

Puede leer el manual *Medicare y usted 2019*. Enviamos este folleto a las personas que tienen 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://es.medicare.gov>) o llamando al 1‑800‑MEDICARE (1‑800‑633‑4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## H6. Cómo 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.

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