

Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) es ofrecido por Hamaspik, Inc.

Notificación Anual de Cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de Hamaspik Medicare Select. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para conocer un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento le informará acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información acerca de los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.hamaspik.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

¿Qué hacer ahora?

1. PREGUNTAR: ¿Qué cambios se aplican para usted?

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para comprobar si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requerimientos y costos de autorización.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y reparto de costo.
- Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que aún consume sigan teniendo cobertura.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Considere su nivel de satisfacción con nuestro plan.

2. COMPARAR: Documentétese sobre otras alternativas de plan

- Verifique la cobertura y costos de los planes en su área. Use el Buscador de Plan de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que haya limitado su opción a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELEGIR: Decida si desea cambiar su plan

- Si no se registra en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Hamaspik Medicare Select.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar planes entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto dará término a su inscripción con Hamaspik Medicare Select.
- Consulte la Sección 3 (en la página 16) y la Sección 4 (en la página 17) para aprender más acerca de sus opciones.
- Si recientemente se mudó, actualmente vive o simplemente dejó una institución (como una instalación de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede alternar planes o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Esta EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.
- Este documento está disponible de manera gratuita en español, Braille, con letra grande y en formato audio.
- Llame a nuestro equipo de Servicios de Miembros marcando el 1-888-426-2774 para obtener más información. (Usuarios TTY deben llamar al 711). De 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Esta llamada es gratuita.
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Hamaspik Medicare Select

- Hamaspik Medicare Select es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de New York Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- (Cuando este documento sugiera los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik Medicare Select (patrocinado por Hamaspik Inc.). Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan,” también se refiere a Hamaspik Medicare Select.

Notificación Anual de Cambios para 2024
Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2024 4

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Hamaspik Medicare Select en 2024..... 9

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 9

 Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual 9

 Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo fuera de bolsillo 9

 Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias 10

 Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos 11

 Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D 14

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir 17

 Sección 3.1 – Si desea seguir en Hamaspik Medicare Choice 17

 Sección 3.2 – Si desea cambiar planes..... 17

SECCIÓN 4 Cambiar planes..... 18

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita acerca de Medicare y Medicaid..... 19

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos recetados 19

SECCIÓN 7 ¿Preguntas? 20

 Sección 7.1 – Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Choice 21

 Sección 7.2 – Conseguir ayuda de Medicare 21

 Sección 7.3 – Conseguir ayuda de Medicaid 21

-

Resumen de Costos Importantes para 2024

La tabla a continuación compara los costos de 2023 con los costos de 2024 para Hamaspik Medicare Select en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que éste es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de reparto de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas médicas y hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Primas mensuales de plan* * Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener los detalles.	\$0	\$0

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Deducible</p>	<p>\$226</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>\$226</p> <p>Este es el monto de deducible para 2023 y podría cambiar en 2024. Le ofreceremos información actualizada tan pronto como esté disponible. El deducible <u>no</u> se aplica para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Visitas médicas</p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% por visita</p> <p>Visitas de especialista: 20% por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% por visita</p> <p>Visitas de especialista: 20% por visita</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1 a 60: \$0 por día • Días 61 a 90: \$400 por día 	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1 a 60: \$0 por día • Días 61 a 90: \$400 por día

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>(continúa en página siguiente)</p> <p>Hospitalizaciones (continuación)</p>	<p>91 días y más: \$800 por día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida). Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>91 días y más: \$800 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida). Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2023 y podrían cambiar en 2024. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener los detalles).</p>	<p>Deducible: \$505, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.</p> <p>Los miembros con Medicaid son elegibles para recibir la “ayuda adicional” de Medicare, y pagan \$0 de deducible.</p> <p>Durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nota: Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes</p>	<p>Deducible: \$545, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.</p> <p>Los miembros con Medicaid son elegibles para recibir la “ayuda adicional” de Medicare, y pagan \$0 de deducible.</p> <p>Durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Nota: Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos genéricos: copago de \$0 o \$1.45, o copago de \$4.15 o coaseguro del 15% Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.30, o copago de \$10.35 o coaseguro del 15%. <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría de los costos de sus medicamentos cubiertos. Por cada prescripción, usted paga cualquiera de estos que sea mayor: <ul style="list-style-type: none"> -- un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (a esto se le denomina coaseguro), o -- un copago de \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y \$10.35 para todos los demás medicamentos. 	<p>montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos genéricos: copago de \$0 o \$1.55, o copago \$4.50 Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.60, o copago \$11.20 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.
<p>Monto máximo fuera del bolsillo</p> <p>Este corresponde al monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
(Consulte la Sección 2.2 para obtener los detalles).	bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Hamaspik Medicare Select en 2024

Si no hace nada en 2023, pasará a estar inscrito/a automáticamente en nuestro plan de Hamaspik Medicare Select. Esto significa que, a contar del 1 de enero de 2024, comenzará a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Hamaspik Medicare Select. Si desea cambiar los planes o alternar con Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid se encargue de pagarla por usted).		

Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo fuera del bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud restrinjan cuánto paga usted de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo. Una vez que alcance este monto, no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto de año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo fuera del bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 fuera del bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto de año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web www.hamaspik.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual se enviará por correo postal dentro de tres días hábiles.

Estos son los cambios de nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red.**

Estos son los cambios de nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podríamos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un

cambio a mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare. Se efectuarán cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe dichos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare para dolor lumbar crónico (según se define en su Evidencia de Cobertura).</p> <p>Se cubrirán 8 visitas adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Usted paga 20% del costo por las visitas de acupuntura cubiertas por Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p>	<p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas tienen cobertura para los beneficiarios de Medicare para dolor lumbar crónico (según se define en su Evidencia de Cobertura).</p> <p>Se cubrirán 8 visitas adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>Usted paga 20% del costo por las visitas de acupuntura cubiertas por Medicare. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un monto de copago de \$0.</p> <p>Además, en 2024, la cobertura incluye 20 visitas anuales para servicios no cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 por estas visitas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios intrahospitalarios</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1-60: \$0 por día • Días 61-90: \$400 por día • 91 días y más: \$800 por día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida). <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • Días 1-60: \$0 por día • Días 61-90: \$400 por día • 91 días y más: \$800 por día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida). <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2023 y podrían cambiar en 2024. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p>
<p>Artículos sanitarios de venta libre</p>	<p>Cubrimos un máximo de \$158.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS.</p>	<p>En 2024, cubrimos un máximo de \$170.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios suplementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas</p>	<p>Usted es elegible para este beneficio si tiene tres (3) o más condiciones crónicas, tal como se indica en su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Los miembros elegibles pueden usar \$60 por mes de su beneficio OTC para la compra de alimentos y otros productos.</p> <p>El beneficio se administra con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p>	<p>Los miembros son elegibles para este beneficio si tienen tres (3) o más condiciones crónicas, tal como se indica en su Evidencia de Cobertura. (Sin cambio de 2023 a 2024).</p> <p>En 2024, los miembros elegibles pueden usar \$60 por mes de su beneficio OTC para la compra de alimentos y otros productos. Los miembros también pueden usar \$60 al mes para cubrir el costo de servicios domésticos.</p> <p>El beneficio se administra con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p>
<p>Servicios de Instalación de Enfermería Especializada</p>	<p>Usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1–20: \$0 por día • Días 21–100: \$200 por día • 100 días y más: todos los costos. <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>En 2024, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1–20: \$0 por día • Días 21–100: \$200 por día • Días 100 y más allá: todos los costos. <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2023 y podrían cambiar en 2024. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Medicamentos recetados cubiertos por la Parte B	<p>Usted paga 20% del costo de sus medicamentos de la Parte B.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p> <p>Se requiere autorización para todos los medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Usted paga 20% del costo de sus medicamentos de la Parte B.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p> <p>Se requiere autorización sólo para medicamentos de la Parte B para quimioterapia y radiación.</p>

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Puede encontrar una “Lista de medicamentos” de manera electrónica en nuestro sitio web. **Puede obtener la “Lista de medicamentos” completa** llamando a Servicios para Miembros (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web www.hamaspik.com.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, los cuales podrían contemplar la eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su desplazamiento a un nivel de reparto de costos diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si existirá alguna restricción, o si sus medicamentos fueron desplazados a un nivel de reparto de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios según lo permitan las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato medicamentos considerados poco seguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer una lista de medicamentos más reciente.

Si le afecta alguno de los cambios en la cobertura de medicamentos a comienzos del año o durante el transcurso del año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para encontrar opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o

intentar buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, usted podría calificar para una reducción o eliminación de su reparto de costo para los medicamentos de la Parte D. Puede que una parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted.

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, llamado “Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto junto a este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas – la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas – la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica).

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D, incluido herpes, tétano y vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es \$505.</p> <p>Su monto de deducible es de \$0 o \$505, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <p>(Observe el inserto separado, la “Cláusula Adicional LIS”, para ver el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es \$545.</p> <p>Su monto de deducible es de \$0 o \$545, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <p>(Observe el inserto separado, la “Cláusula Adicional LIS”, para ver el monto de su deducible).</p>

Cambios en su reparto de costos la Etapa de Cobertura Inicial

Consulte la tabla en la página siguiente para conocer los cambios de 2023 a 2024. Todos sus medicamentos recetados de Medicare se ubican en un solo nivel.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual (si este se aplica en su caso), puede pasar a la Etapa de Cobertura Inicial.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos tienen cobertura y no implican un costo para usted.</p> <p>NOTA: Los costos en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando usted surte su receta en una farmacia de red que proporcione el reparto de costos estándar. Para obtener información respecto a los costos para una farmacia que ofrezca un suministro a largo plazo o para recetas de pedido por correo postal, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con reparto de costos estándar:</p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos: copago de \$0 o \$1.45, o copago de \$4.15, o coaseguro del 15% • Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.30, o copago de \$10.35, o coaseguro del 15% <p>Una vez que haya pagado \$7,400 fuera del bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con reparto de costos estándar:</p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos: copago de \$0 o \$1.55, o copago de \$4.50 • Medicamentos de marca: copago de \$0 o \$4.60, o copago de \$11.20 <p>Una vez que haya pagado \$8,000 fuera del bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

Cambios en las Etapas de Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa de Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica, son para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa de Brecha de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.**

A partir del 2024, si usted alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica acerca de sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir en Hamaspik Medicare Select

Para mantener nuestro plan, usted no necesita nada. Si no se registra en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, pasará automáticamente a estar inscrito en nuestro Hamaspik Medicare Select.

Sección 3.2 – Si desea cambiar planes

Esperamos tenerle como miembro el año siguiente, pero si desea cambiar de planes para el 2024 siga estos pasos:

Paso 1: Aprender sobre sus alternativas y compararlas

- Puede unirse a un plan de salud diferente de Medicare,
– O –
- Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, necesitará decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para aprender más acerca de Original Medicare y sobre los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Plan de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024* manual, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consultar Sección 5), o llame a Medicare (consultar Sección 7.2).

Paso 2: Cambiar su cobertura

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente.

- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos recetados. Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Contactar a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - o –
 - Contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambiar planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Existen otros momentos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos contemplan a las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, quienes hayan dejado o hagan abandono de la cobertura de empleador, y aquellos que salgan del área de servicio.

Debido a que tiene Medicaid en Nueva York, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especiales**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2024 y no está conforme con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si hace poco se mudó, actualmente vive o simplemente dejó una institución (como una instalación de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original

Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados separado de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita acerca de Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa de gobierno independiente con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de New York, SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local **gratuita** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender sus alternativas del plan Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. O puede aprender más acerca de HIICAP visitando su sitio web en:

<https://www.shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/new-york>

Para preguntas acerca de los beneficios de Medicaid de New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York. Llame al 1-800-541-2831 para obtener información. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes. Pregunte sobre cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid en New York.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también denominado el Subsidio por Bajos Ingresos. “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Debido a que usted califica, no tiene una brecha de cobertura o una penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - 1-800-772-1213 para contactar a la Oficina del Seguro Social, entre las 8 am a 7 pm, de lunes a viernes para encontrar un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o

- Su Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Muchos estados tienen un programa llamado programa de asistencia farmacéutica del Estado de New York denominado Seguro de Cobertura Farmacéutico para Ancianos (o EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o condición médica. Para aprender más acerca del programa, verifique con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud.
- **Asistencia de reparto de costos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para una asistencia a través del programa ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 518-459-1641.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1. – Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Select

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774. (Usuarios TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los siete días a la semana, de 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2022 al 31 de marzo de 2023; y de lunes a viernes a las 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de abril de 2023 al 30 de septiembre de 2023. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2024* (contiene los detalles acerca de los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para conocer los detalles, revise la *Evidencia de Cobertura 2024 para Hamaspik Medicare Select*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.hamaspik.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.hamaspik.com. Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/“Lista de Medicamentos”)*, y otra información importante sobre Hamaspik Medicare Select.

Sección 7.2. – Conseguir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar a 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.

Visitar el sitio web de Medicare

Visite el sitio web del Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre el costo, cobertura y las Calificaciones por Estrellas en torno a la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para visualizar la información acerca de los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare.

Leer *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, este documento se envía a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>), o llamando a 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.

Sección 7.3. – Conseguir ayuda de Medicaid

Para obtener información acerca de sus beneficios de Medicaid en New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-541-2831. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.