



**Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)
se ofrece a través de Integra Managed Care, Inc.**

Aviso anual de cambios para el año 2022

Usted está inscrito actualmente como miembro de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte las secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2022 y busque en la sección 1.6 información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de medicamentos, visite go.medicare.gov/drugprices y haga clic en el enlace “dashboards” (tableros) en el medio de la segunda Nota hacia el final de la página. Estos tableros resaltan qué fabricantes aumentaron los precios y también muestran otra información interanual sobre precios de medicamentos. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre el Directorio de proveedores.
- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en el dorso de su manual *Medicare y Usted 2022*.
 - Consulte la sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2021, será inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la sección 2.2, en la página 10, para conocer más sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de Octubre** y el **7 de Diciembre de 2021**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de Diciembre de 2021**, será inscrito en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Si se une a otro plan entre el **15 de Octubre** y el **7 de Diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2022**. Se lo desafiliará automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con nuestro número del Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes del 1 de Abril al 30 de Septiembre.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, inclusive en español, en braille, en letras grandes y cintas de audio.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Acerca de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

- Integra Managed Care es un plan HMO con un contrato con Medicare. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Medicaid del estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid. La inscripción en Integra Managed Care depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros,” “nos”, o “nuestro”, se refiere a Integra Managed Care. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan,” se refiere a Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

H1205_2022 ANOC Synergy 002_M File & Use 09282021

Resumen de costos importantes para el 2022

En la siguiente tabla encontrará un resumen comparativo entre los costos de 2021 y 2022 de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP) en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en <https://www.integramanagedcare.com/member-resources>. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le envíemos por correo una *Evidencia de cobertura*. **Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.**

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* <small>* Su prima puede ser mayor o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para más detalles.</small>	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita	Visitas de atención primaria: \$0 por visita Visitas a especialistas: \$0 por visita
Estadías como paciente hospitalizado Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día anterior al alta es su último día de hospitalización.	\$0	\$0

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.6 para conocer los detalles).	\$0	\$0
Monto máximo de costos de bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).	\$6,700 No es responsable de pagar los costos de bolsillo con respecto al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos.	\$6,700 No es responsable de pagar los costos de bolsillo con respecto al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos.

Aviso anual de cambios para el año 2022

Índice

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	No hay cambios para el 2022

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de costos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se conoce como “monto máximo de costos de bolsillo”. Una vez que usted llegue a este monto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Monto máximo de costos de bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este desembolso máximo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo con respecto al monto máximo de costos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para su monto máximo de costos de bolsillo.	\$6,700	\$6,700 Una vez que haya pagado \$6,700 de costos de bolsillo por servicios cubiertos, ya no pagará nada por sus servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com/provider-search. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le envíemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de atención médica.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos para garantizarle, que el tratamiento médica necesaria que usted está recibiendo no sea interrumpido.
- Si considera que no le hemos asignado un proveedor calificado para reemplazar a su antiguo proveedor o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com/provider-search. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le envíemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias 2022 para comprobar qué farmacias están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de cobertura* 2022. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com/member-resources. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.
- Dispensación y administración de medicamentos del MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Atención oftalmológica (anteojos)	<p>Usted recibe una asignación de \$150 por año para anteojos (lentes y marcos) y lentes de contacto.</p> <p>Usted recibe un par de anteojos (lentes y marcos) por año o lentes de contacto ilimitados hasta un máximo de beneficio de \$150 al año.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$150 por año para anteojos (lentes y marcos), lentes de contacto y mejoras.</p> <p>Usted recibe un par de anteojos (lentes y marcos) por año o un par de lentes de contacto hasta un máximo de beneficio de \$150 al año.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Asignación para artículos de venta libre	<p>Usted recibe una asignación mensual de \$135 para los artículos elegibles de venta libre.</p> <p>Esto incluye la terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT).</p> <p>Esto incluye hasta \$50 que se pueden gastar en alimentos y artículos comestibles a través de nuestro programa OTC.</p>	<p>Usted recibe una asignación mensual de \$150 para artículos elegibles de venta libre.</p> <p><i>*Hay un límite máximo mensual de \$150 de los cuales hasta \$50 de los \$150 se pueden gastar en alimentos y productos comestibles. Estos fondos se renuevan mensualmente y no se trasladan de un mes a otro.*</i></p>

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se puede brindar una copia de nuestra Lista de medicamentos por medio electrónico.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Consultar con su médico (u otra persona que le recete medicamentos) y solicitarle al plan que haga una excepción para cubrir el medicamento.**
 - Para conocer qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio de Atención al Cliente.

- **Consultar a su médico (u otra persona que le recete medicamentos) para encontrar un medicamento diferente** que esté dentro de nuestra cobertura. Puede comunicarse con Servicio de Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el capítulo 5, sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en el que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Podrá elegir entre cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar al plan que le haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si se ve afectado por un cambio en el formulario de un año del plan a otro, revisaremos su historial de uso (se analizan los 120 días previos) para determinar la elegibilidad para un surtido de transición de 30 días. También le enviaremos una carta sobre el surtido de transición a usted y a su médico recomendándole que cambie a un medicamento alternativo que cubramos o que solicite una excepción. Si usted y su médico solicitan una excepción y esta se aprueba, es posible que deba solicitar una excepción para su medicamento cada nuevo año del plan; contacte a nuestro Servicio de Atención al Cliente directamente.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede trabajar en colaboración con su médico (u otro profesional que expide la receta) y solicitarnos una excepción para que cubramos el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted**. Le enviamos un inserto por separado, llamado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula de subsidio de bajos ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto con este paquete, llame al Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el capítulo 6, sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras 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 transición de cobertura o la Etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el capítulo 6, secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en su Etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	\$0	\$0

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial:

Para saber cómo funcionan los copagos y el coaseguro, consulte el capítulo 6, sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (30 días) cuando surte su medicamento recetado en una farmacia de la red que proporciona un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	\$0	\$0

Cambios en la Etapa de transición de cobertura y en la Etapa de cobertura catastrófica

La Etapa de transición de cobertura y la Etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o el capítulo 6, secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea quedarse en Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

No tiene que hacer nada para quedarse en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).

Sección 2.2 – Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O BIEN* -- puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2022*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov/plan-compare>. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Integra Managed Care, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbase en el nuevo plan. Será desafiliado de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Será desafiliado de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP).
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita de desafiliación. Comuníquese con Servicio de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la sección 6.1 de este folleto).
 - — O bien — comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la desafiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si 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 3 Cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de Enero de 2022.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten los cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden hacer un cambio en otros momentos del año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage a partir del 1 de Enero de 2022 y no está conforme con la elección de su plan, puede cambiarse a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2022. Para más información, consulte el capítulo 10 de la sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New York, el SHIP se llama Programa de Asistencia, Asesoramiento e Información sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information Counseling and Assistance Program, HIICAP).

El HIICAP es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Puede conocer más sobre el HIICAP visitando su sitio web en <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>.

Para preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con New York Medicaid Choice al 1-800-505-5678, (TTY: 1-888-329-1541), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 10 a. m. a 6 p. m. Pregunte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, se incluyen diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa “Ayuda Adicional”, también llamado Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Debido a que califica, no tiene una brecha en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre 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;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de New York tiene un programa llamado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Adultos Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con los Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo una constancia de residencia en dicho estado y la condición de VIH, constancia de bajos ingresos según lo establecido por el estado y estar sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través de los Programas de Atención para Personas Sin Seguro. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos recetados o sobre cómo inscribirse en el programa, llame a Programas de Asistencia para Personas sin Seguro Médico, ADAP, al 1-800-542-2437, los usuarios de TDD al 1-518-459-0121, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Lame al Servicio de Atención al Cliente al 1-877-388-5195. (TTY únicamente, llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana, del 1 de Octubre al 31 de Marzo, y de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes del 1 de Abril al 30 de Septiembre.

Consulte su *Evidencia de cobertura* 2022 (tiene detalles de los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el 2022. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* 2022 de Integra Synergy Medicaid Advantage Plus (MAP) (HMO SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos recetados y servicios cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com/member-resources. También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.integramanagedcare.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted* 2022

Puede leer el manual *Medicare y Usted* 2022. En otoño de cada año, se envía por correo este folleto a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no recibe una copia de este folleto, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para recibir información de Medicaid, contacte a la línea de ayuda de Medicaid del estado de New York al 1-800-541-2831, 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. Para TTY, llame al 1-800-662-1220.

Aviso de no discriminación

Integra Managed Care cumple con las leyes federales de derechos civiles. Integra Managed Care no excluye a nadie ni lo trata de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Integra Managed Care brinda lo siguiente:

- Ayuda y servicios a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos para las personas cuyo idioma primario no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Integra Managed Care al 1-877-388-5195, TTY 711

Si cree que Integra Managed Care no le proporcionó estos servicios o lo trató de forma distinta debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a Integra Managed Care por:

- Teléfono: 1-877-388-5195 Los usuarios de TTY deben llamar al 711
- Fax: 1-516-321-4639
- Correo: Integra Managed Care
PO Box 18023
Hauppauge, New York 11788

También puede presentar una queja de derechos civiles al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por estos medios:

- Internet: Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Correo: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F,
HHH Building Washington, DC 20201
Los formularios de queja se encuentran disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-388-5195. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-388-5195. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-388-5195。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantones: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-388-5195。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-388-5195. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-388-5195. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-388-5195 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-388-5195. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-388-5195번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-388-5195. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по---русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: اننا نقدم خدمات المترجم الفوري للاجابة عن اى اسئلة تتعلق بخطتنا للصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول على مترجم فوري؛ ليس عليك سوى الاتصال على الرقم التالي 1-877-388-5195. سيقوم شخص ما يتحدث اللغة الانجليزية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-388-5195. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-388-5195. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout késyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-388-5195. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-388-5195. Ta usługa jest bezpłatna.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-388-5195 फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えする ために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、 1-877-388-5195 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは 無料のサービスです。