

Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) ofrecido por Brand New Day

Notificación Anual de Cambios para 2024

Actualmente se encuentra inscrito en calidad de miembro del Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP). El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de los Costos Importantes, incluida la Prima.**

Este documento le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.bndhmo.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.**

Qué se debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención Médica (médico y hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos y costos de autorización.
 - Evalúe cuánto gastará en primas, deducibles y distribución de costos.
- Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos del 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes

- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2024*.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre del 2023, permanecerá en Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2024**. Esto finalizará su inscripción en Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).
- Si hace poco tiempo se mudó a una institución, actualmente vive en una institución o simplemente se mudó de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Para obtener información adicional, llame al número de Servicios para Miembros: (866) 255-4795. (Los usuarios de TTY deben llamar a 711). Los horarios son de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra de imprenta grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

- Brand New Day es un plan HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Brand New Day depende de la renovación del contrato.
 - Cuando en este documento se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Brand New Day. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, significa Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).
-

Notificación Anual de Cambios para el 2024

Tabla de Contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete	6
Sección 1.1 –Cambios en su Prima Mensual	6
Sección 1.2 –Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo	7
Sección 1.3 –Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	7
Sección 1.4 –Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	8
Sección 1.5 –Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Part D ..	11
SECCIÓN 2 Cambios Administrativos	14
SECCIÓN 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir	14
Sección 3.1 –Si decide permanecer en Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)	14
Sección 3.2 –Si decide cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan	15
SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare	16
SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados	16
SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?	17
Sección 7.1 –Cómo Obtener Ayuda de Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)	17
Sección 7.2 –Cómo Obtener Ayuda de Medicare	18

Resumen de Costos Importantes para 2024

En la tabla a continuación, se comparan los costos del 2023 y los costos del 2024 para Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.		
Suma máxima de su bolsillo	\$1,999	\$3,000
Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Part A y la Part B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).		
Consultas al consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas a un especialista: copago de \$0 a \$10 por consulta	Consultas a un médico de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas a un especialista: copago de \$0 a \$10 por consulta
Internación en hospital	Usted paga \$175 de copago por día para los días 1 a 6 Usted paga \$0 de copago por día para los días 7 a 90	Usted paga \$0 de copago por día para los días 1 Usted paga \$225 de copago por día para los días 2 a 9 Usted paga \$0 de copago por día para los días 10 a 90
Cobertura de medicamentos recetados de la Part D	Deducible: \$0	Deducible: \$0

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).</p>	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamentos 1: \$0 • Categoría de Medicamentos 2: \$9 • Categoría de Medicamentos 3: \$47 <p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamentos 4: \$90 • Categoría de Medicamentos 5: 33% • Categoría de Medicamentos 6: \$0 <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos por sus medicamentos cubiertos. 	<p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamentos 1: \$0 • Categoría de Medicamentos 2: \$9 • Categoría de Medicamentos 3: \$47 <p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de Medicamentos 4: \$90 • Categoría de Medicamentos 5: 33% • Categoría de Medicamentos 6: \$0 <p>Cobertura para Catástrofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En esta etapa de pago, el plan paga los costos completos por sus medicamentos cubiertos de la Part D y los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Sin cargo para usted.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> Entre las dos opciones que se mencionan a continuación, usted paga el que sea el monto superior por cada receta: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (denominado coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que recibe tratamiento de genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Año Siguiete

Sección 1.1 – Cambios en su Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de Medicare Part B).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Part D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.

- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en la Suma Máxima de su Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Part A y Part B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Suma Máxima de gastos de bolsillo	\$1,999	\$3,000
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para calcular el monto máximo de bolsillo. Su costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular el monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de Part A y Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.bndhmo.com. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el que le enviaremos dentro de tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el Directorio de Proveedores para el 2024, a fin de ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el Directorio de Farmacias para el 2024, a fin de ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año, haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Atención en Hospital para Pacientes Internados	Usted paga un copago de \$175 por día para los días 1 a 6 Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 90	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 Usted paga un copago de \$225 por día para los días 2 a 9 Usted paga un copago de \$0 por día para los días 10 a 90
Servicios para Pacientes Internados en un Hospital Psiquiátrico	Usted paga un copago de \$175 por día para los días 1 a 6. Usted paga un copago de \$0 para los días 7 a 60. Usted paga \$329 de copago por día para los días 61 a 90.	Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1. Usted paga un copago de \$250 para los días 2 a 9. Usted paga \$35 de copago por los días 10 a 90.
Servicios de Hospitalización Parcial	Usted paga un copago de \$55 por día.	Usted paga un copago de \$100 por día.
Telesalud	Puede que se requiera Autorización Previa.	No se requiere Autorización Previa.
Servicios Radiológicos de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por servicios radiológicos de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	Usted paga un copago de \$0 por Ultrasonido, otras imágenes generales, exploraciones DEXA de diagnóstico y mamografías de diagnóstico. Usted paga un copago de \$50 por MRI, CT y PET.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno ambulatorio, y un copago de \$100 por todos los demás servicios.	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno ambulatorio, y un copago de \$150 por todos los demás servicios.
Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno ambulatorio, y un copago de \$100 por todos los demás servicios.	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno ambulatorio, y un copago de \$150 por todos los demás servicios.
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno de ASC, y un copago de \$75 por todos los demás servicios.	Usted paga un copago de \$0 por mamografías de diagnóstico, exploraciones DEXA y colonoscopias en un entorno de ASC, y un copago de \$100 por todos los demás servicios.
Servicios de Ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre para un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$100 por viaje por todos los demás servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga \$100 de copago por viaje por servicios de ambulancia aérea.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por viaje por servicios de ambulancia terrestre para un traslado de un hospital fuera de la red a un hospital dentro de la red y un copago de \$150 por viaje por todos los demás servicios de ambulancia terrestre.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por viaje por servicios de ambulancia aérea.</p>
Transporte	Usted paga un copago de \$0 por 48 viajes de transporte de ida o de vuelta que no sean de emergencia.	Usted paga un copago de \$0 por 12 viajes de transporte de ida o de vuelta que no sean de emergencia.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Artículos de Venta Libre (OTC)	Usted tiene \$40 de asignación por trimestre para artículos de venta libre (OTC).	Usted tiene \$45 de asignación por trimestre para artículos de venta libre (OTC).
Servicios de Apoyo en el Hogar	Sin cobertura	Usted paga un copago de \$0 Los miembros pueden acceder a los servicios después de recibir el alta de un hospital o centro de enfermería especializada, o bien a través de la remisión de la administración de casos. El beneficio incluye recibir ayuda para realizar actividades de la vida diaria, recoger medicamentos y comprar alimentos u otros artículos de primera necesidad. Por un total de hasta 20 horas para el año calendario.
Medicamentos Recetados de Medicare Part B	Usted paga un coseguro del 20%.	Usted paga un coseguro del 20% por todos los medicamentos de la Part B, a menos que las normas de la Ley de Reducción de la Inflación (IRA) lo limite.
Servicios Dentales		
• Servicios de Diagnóstico	Usted paga un copago de \$0.	Usted paga un copago de \$0 a \$6.
• Extracciones	Usted paga un copago de \$70 a \$140.	Usted paga un copago de \$0 a \$360.
• Prostodoncia, Otra Cirugía Bucal/ Maxilofacial, Otros Servicios	Usted paga un copago de \$0 a \$1,110.	Usted paga un copago de \$0 a \$2,160.

Costo	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Beneficios Suplementarios Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Los beneficios SSBCI solo están disponibles para los miembros con una afección crónica que califique. Consulte la EOC para obtener más información.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>Tensiómetros Usted paga un copago de \$0 por tensiómetros aprobados por el plan. Sin cobertura</p> 		

Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Part D

Cambios en Nuestra “Lista de Medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de Medicamentos” se proporciona electrónicamente.

Realizamos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, los que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o el traslado a un nivel de distribución de costos diferente. **Revise la “Lista de Medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de distribución de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de Medicamentos” se renuevan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional"), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Part D puede que no sea aplicable a su caso.** Hemos incluido un folleto adicional denominado "Modificación de la Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen "Ayuda Adicional" para Pagar los Medicamentos Recetados" (también llamado Modificación del Subsidio por Bajos Ingresos o LIS Rider), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" y no recibió este folleto con este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite el LIS Rider.

Hay cuatro **etapas de pagos 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 alcanza las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe).

Cambios en la Etapa de Deducibles

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en Su Distribución de Costos en la Etapa de Cobertura Inicial

Consulte la siguiente tabla para ver los cambios desde el 2023 hasta el 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Part D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p>Usted paga \$9 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Nivel 1: Genéricos Preferidos:</p> <p>Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p>Usted paga \$9 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (el próximo año)
<p>en una farmacia de la red que proporciona distribución de costos estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de Medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Nivel 3: Marca Preferida: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos Especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos Seleccionados para el Cuidado de la : Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de \$4,660, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>	<p>Nivel 3: Marca Preferida: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento No Preferido: Usted paga \$90 por receta.</p> <p>Nivel 5: Medicamentos Especializados: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos de Cuidados Seleccionados: Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya alcanzado el costo total de medicamentos de \$5,030, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Brecha en Cobertura).</p>

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de Brecha en Cobertura y la etapa de Cobertura de Catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de Brecha en Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Catástrofe.**

A partir del 2024, si alcanza la Etapa de Cobertura de Catástrofe, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Part D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Suministro de Día Extendido	<p>Le permite obtener un suministro de medicamentos para hasta 90 días.</p> <p>Aplicable a los niveles 1 a 4.</p> <p>El nivel 6 tiene un suministro de 100 días.</p>	<p>Le permite obtener un suministro de medicamentos para hasta 100 días.</p> <p>Aplicable a los niveles 1 a 4 y el 6.</p>

SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe a un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse de plan para el 2024, siga estos pasos:

Paso 1: obtenga más información sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O-- También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2024*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Brand New Day ofrece otros planes de salud de Medicare. Es posible que estos otros planes tengan coberturas, primas mensuales y montos de distribución de costos diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Automáticamente se cancelará su inscripción en el Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiarse de Plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2024.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, a las personas con Medicaid que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen o están abandonando su cobertura del empleador y que se mudan fuera del área de servicios.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024, y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud 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 2024.

Si actualmente vive o recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud Medicare (con o sin una cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare) cuando lo desee.

SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP es conocido como Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP).

Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno Federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los asesores de Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) pueden asistirlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. También puede llamar a Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) si visita su sitio web <http://www.aging.ca.gov/hicap>.

SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar Medicamentos Recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden 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, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Asistencia de Distribución de Costos para Recetas Médicas para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Part D de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de Distribución de Costos a través del California Department of Public Health, Center for Infectious Diseases, Office of AIDS. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050. lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Línea Directa de COVID-19: de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8 a.m. a 5 p.m.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo Obtener Ayuda de Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP)

¿Tiene Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al (866) 255-4795. (Solo para usuarios de TTY, llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de de 8 a.m. a 8 p.m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

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

En esta *Notificación Anual de Cambios*, se ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para el 2024. Para obtener más detalles, revise la *Evidencia de Cobertura para el 2024* de Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.bndhmo.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro Sitio Web

También puede visitar nuestro sitio web en www.bndhmo.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre los proveedores de la red (*Directorio de Proveedores*) y nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos).

Sección 7.2 – 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

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y Clasificaciones de Calidad de Estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su zona. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2024*

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Este documento se envía cada año en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.