

VNS Health Total (HMO D-SNP) es ofrecido por VNS Health Medicare

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de VNS Health Total.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá inscrito en VNS Health Total.
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You (Medicare y Usted)* 2027.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede encontrar más información sobre los costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en vnshealthplans.org/total-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible sin cargo en inglés y chino.
This material is available for free in Spanish and Chinese.
本文件免費提供英文和西班牙文版本。
- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información. El horario es los 7 días de la semana, 8 am – 8 pm (oct. – mar.). Días laborables, 8 am – 8 pm (abr. – sep.). Esta llamada es gratuita.
- También puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o en audio.

Acerca de VNS Health Total

- VNS Health Medicare es una organización de Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y Medicaid y ofrece planes HMO D-SNP y HMO. La inscripción en VNS Health Medicare depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un contrato escrito con el programa New York State Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a VNS Health Medicare. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VNS Health Total.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se lo inscribirá automáticamente en VNS Health Total.** A partir del 1 de enero de 2027, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de VNS Health Total. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y las fechas límite para realizar un cambio.

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	4
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	8
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	10
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	10
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan.....	10
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	11
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	11
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	12
Cómo recibir ayuda de VNS Health Total.....	12
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	13
Obtener ayuda de Medicare	13
Obtenga ayuda de Medicaid	14

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$0 Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo con respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0 Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo con respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas con un médico de atención primaria:	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Consultas con un especialista	Copago de \$0 por consulta	Copago de \$0 por consulta
Hospitalización del paciente Incluye diversas hospitalizaciones para pacientes hospitalizados, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente con una orden médica y termina el día antes de recibir el alta.	Copago de \$0 para los días 1 a 90	Copago de \$0 para los días 1 a 90

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte las Secciones 1.6 y 1.7 para obtener más detalles, incluido el deducible anual y las etapas de cobertura inicial y cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Copago de \$0 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D \$0 Copago durante la Etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: Copago de \$0 • Nivel 2 de medicamentos: Copago de \$0 • Nivel 3 de medicamentos: Copago de \$0 • Nivel 4 de medicamentos: Copago de \$0 • Nivel 5 de medicamentos: Copago de \$0 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: En esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que haya pagado este monto, generalmente no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (ni por otros servicios de salud no cubiertos por Medicare) por el resto del año calendario.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo El costo compartido pagado por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este máximo que paga de su bolsillo. Debido a que Medicaid paga la mayor parte de los costos compartidos de nuestros miembros, muy pocos miembros alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no tiene que pagar ningún costo de su bolsillo con respecto al monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$0	\$0 No hay cambios para el próximo año de beneficios. Una vez que haya pagado \$0 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 vnshealthplans.org/providers para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.
- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos realizar cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja de estar en nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

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

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 vnshealthplans.org/providers para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en vnshealthplans.org/providers.
- Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Durante el año, podemos realizar cambios en las farmacias que son parte de nuestro plan. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias lo afecta, llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener ayuda.

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 relativos a sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para personas con diabetes	<u>Dentro de la red</u>	<u>Dentro de la red</u> Se requiere autorización previa para los monitores para diabéticos.
Artículos de venta libre (OTC, comestibles y Flex)	\$310 por mes para artículos OTC y comestibles. Cualquier saldo sin usar vence al final del mes. \$70 cada mes en beneficios Flex para facturas de servicios públicos y ciertos gastos dentales, de audición o de la vista. El saldo vence el 12/31/26.	\$318 cada mes en una asignación combinada en su Tarjeta de Healthy Extras (Suplementos Adicionales) para artículos OTC, comestibles, facturas de servicios públicos y ciertos gastos dentales, de audición o de la vista elegibles. Puede elegir cómo usar la asignación entre estos artículos y gastos elegibles según sus necesidades Cualquier saldo sin usar vence al final del mes.
Beneficios de telesalud (adicionales)	Se requiere autorización previa para los beneficios de telesalud adicionales.	No se requiere autorización previa para los beneficios adicionales de telesalud.

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

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Ofrecemos una copia electrónica de nuestra Lista de medicamentos y la publicamos en línea en vnshealthplans.org/formulary.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo diferente.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos. Si realizamos un cambio que afecte el acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso.

Si le afecta algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su persona autorizada a dar recetas para averiguar sus opciones, tales como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Etapas de pago de los medicamentos

Hay tres **etapas de pago de los medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo compartido de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos que paga de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen los \$2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de los medicamentos. En esta etapa, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Tampoco paga nada por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra el costo por receta para un suministro para un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o para medicamentos recetados de pedido por correo, consulte al Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,400 de su bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D, avanzará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos genéricos:	Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y todos los demás medicamentos: copago de \$0 antes de alcanzar el límite de gastos de bolsillo.	Copago de \$0
Medicamentos de marca preferidos:		Copago de \$0
Medicamentos de marca no preferidos:		Copago de \$0
Nivel de especialidad:		Copago de \$0
Medicamentos selectos:		Copago de \$0

Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Programa de incentivos para miembros	El programa de incentivos para miembros tiene actividades y montos de incentivos desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.	<i>El programa de incentivos para miembros incluirá una nueva actividad de salud y montos de incentivos actualizados a partir del 1 de enero de 2027.</i>

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en VNS Health Total, no necesita hacer nada. A menos que se registre en un plan de salud de Medicare diferente o cambie a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito en VNS Health Total.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en VNS Health Total. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que, para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar de forma simultánea un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Original Medicare con una cobertura de medicamentos independiente de Medicare**, puede inscribirse en un plan de la Parte D y su inscripción en VNS Health Total se cancelará de forma automática.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, ingrese en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You (Medicare y Usted)* 2027, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage antes para el 1 de enero de 2027 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura independiente de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar la cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o dejarán de tener la cobertura del empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que tiene el programa New York State Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan al elegir una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año.

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que proporcione sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si hace poco se ha mudado a una institución o está viviendo en ella (como un centro de atención 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 de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin una cobertura independiente para medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que califiquen no tendrán una multa por

inscripción tardía. Para saber si cumple con los requisitos, llame a cualquiera de las siguientes instituciones:

- 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.
 - Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica (SPAP) de su estado.** El estado de New York tiene un programa llamado Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
 - **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de falta o insuficiencia de seguro. Los medicamentos de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el ADAP, cumplen con los requisitos para la ayuda con el costo compartido para medicamentos recetados a través de los Programas de cuidado para personas sin seguro del estado de New York (incluido el ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame a los Programas de cuidado para personas sin seguro del estado de New York (incluido el ADAP) al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre o el número de póliza de su plan de la Parte D de Medicare.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Cómo recibir ayuda de VNS Health Total

- **Llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444. (TTY: 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (oct. – mar.). Los días laborables, de 8 am a 8 pm (abr. – sep.). Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de cobertura de 2027***

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2027* para VNS Health Total. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que usted debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en vnshealthplans.org/total-eoc o llame a su Equipo de atención al 1-866-783-1444 (TTY: 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite vnshealthplans.org**

Nuestra página web tiene información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HIICAP).

Llame al HIICAP para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Llame al HIICAP al 1-800-701-0501.

Obtener ayuda de Medicare

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en [Medicare.gov/talk-to-someone](https://www.Medicare.gov/talk-to-someone).

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

El sitio oficial de Medicare tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea Medicare & You (Medicare y Usted) 2027**

El manual *Medicare & You (Medicare y Usted) 2027* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga ayuda de Medicaid

- Llame al Programa New York State Medicaid al 1-800-541-2831 (TTY: 711) para obtener ayuda con la inscripción en Medicaid o las preguntas sobre los beneficios.
- Puede escribir a su Departamento Local de Servicios Sociales (LDSS). Encuentre la dirección de su LDSS en: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.
- El sitio web de New York State Medicaid es www.health.ny.gov/health_care/medicaid.
- Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
Correo: Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
Teléfono: 1-844-614-8800 (TTY: 711)
lunes – viernes, 9 am – 5 pm
Correo electrónico: ICAN@cssny.org
Sitio web: www.icannys.org
- Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
Teléfono: 1-888-614-5400 (TTY: 711)
Correo electrónico: ombuds@oasas.ny.gov
Sitio web: www.cssny.org/programs/entry/community-health-access-to-addiction-and-mental-healthcare-project-champ
- The New York State Long Term Care Ombudsman Program
2 Empire State Plaza, 5th Floor
Albany, NY 12223
Teléfono: 1-855-582-6769
lunes – viernes, 9 am – 5pm
Correo electrónico: ombudsman@aging.ny.gov
Sitio web: www.aging.ny.gov/long-term-care-ombudsman-program

Declaración sobre divulgación de la Ley de Reducción de Papel (PRA). De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LANGUAGE ASSISTANCE

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-783-1444 (TTY: 711).	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-783-1444 (TTY: 711)。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-783-1444 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-783-1444 (TTY : 711).	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-783-1444 (TTY: 711).	French Creole
1-866-783-1444 אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעב פאר אייך אומזיסט. רופט 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-783-1444 (TTY: 711)-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-783-1444 (TTY: 711).	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-783-1444 (TTY: 711)	Urdu