

2025

Aviso anual de cambios

**Senior Whole Health of New York NHC
(HMO D-SNP)**

New York H5992-007-000

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2025

Senior Whole Health of New York NHC(HMO D-SNP) ofrecido por Senior Whole Health of New York, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente, se encuentra inscrito(a) como miembro de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.a.**

En este documento, se le informa acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web SWHNY.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican para usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico y hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y la distribución de costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de distribución de costos diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límite de cantidad, para 2025.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, permanecerán en nuestra red el próximo año.
- Consulte si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Es posible que las personas con ingresos limitados califiquen para recibir “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de plan

- 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 2025*. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2024, permanecerá en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) .
- Lea la sección 3, página 11, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si hace poco tiempo se mudó a una institución, vive en una institución en la actualidad (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en español, chino, árabe, coreano, ruso, italiano, francés, criollo francés, yiddish, polaco, tagalo, bengalí, albanés, griego y urdu.
- Para obtener información adicional, llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local, los 7 días de la semana. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local. Esta llamada es gratuita.
- Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas o en otros formatos, como letra de molde grande, sistema braille o audio. Llame al (833) 671-0440, (TTY:711). Esta llamada es gratuita.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Para obtener más información, visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.
- Medicare aprobó Senior Whole Health para proporcionar [copagos más bajos en medicamentos recetados de la Parte D] como parte del programa de Diseño de Seguro Basado en el Valor. Este programa le permite a Medicare probar nuevas formas de mejorar los planes de Medicare Advantage.

Acerca de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

- Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Whole Health of New York, Inc.. Cuando se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Senior Whole Health of New York NHC.

H5992_25_007_NYANOC_M ES

Aviso anual de cambios para 2025

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2025	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo	5
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias	5
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	10
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	11
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	11
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	11
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	12
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	12
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	13
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	14
Sección 7.1 – Cómo recibir Ayuda de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	14
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	14
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	15

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y de 2025 para Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual del plan	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0
Consultas con el médico	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0
Internación en hospital	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Como usted cumple con los requisitos para recibir el Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS), pagará \$0 por receta médica.	Como usted cumple con los requisitos para recibir el Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS), pagará \$0 por receta médica.
Monto máximo 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).	\$8,850 Usted no es responsable de pagar costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,350 Usted no es responsable de pagar costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe continuar pagando su prima del plan de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0	Como usted es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo el programa New York Medicaid, usted paga \$0

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	\$8,850	\$9,350
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alguna vez alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. Usted no es responsable de pagar costos hasta el monto máximo de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto por el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	Usted no es responsable de pagar ningún gasto por el monto máximo de su bolsillo que corresponde a los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 1.3 – Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden variar según la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas solo si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red.

También puede encontrar los directorios actualizados en nuestra página web en SWHNY.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros si desea obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o bien si desea solicitarnos que le enviemos un directorio por correo. Se lo enviaremos en un plazo de tres días laborables.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el 2025 Directorio de Proveedores y Farmacias de SWHNY.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrá cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el 2025 Directorio de Proveedores y Farmacias en SWHNY.com para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestros proveedores realizado durante la mitad del año, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

Tenga en cuenta que en el *Aviso Anual de Cambios* se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare y Medicaid.

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

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)- alimentos y productos agrícolas	<p>Usted recibe \$220 cada trimestre (3 meses) para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta Healthy You se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación sin utilizar no se traslada al siguiente mes, y vence al final del año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$73 mensuales para alimentos y productos agrícolas saludables. Después de la aprobación, su tarjeta Healthy You se cargará con la asignación para que pueda acceder a su beneficio. Los miembros elegibles reciben una tarjeta de débito con una asignación mensual para obtener alimentos y productos agrícolas saludables, como verduras, carnes, mariscos, lácteos y agua.</p> <p>La asignación sin utilizar no se traslada al siguiente mes, y vence al final del año calendario.</p> <p>Los miembros que tienen las siguientes afecciones crónicas son elegibles: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		Calificación de elegibilidad requerida cada año.
<p>Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (SSBCI)- control de plagas, suministros para animales de servicio, kit de prueba genética no cubierto por Medicare y aplicaciones de salud mental y bienestar.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$150 cada trimestre (3 meses) para usar para los beneficios de SSBCI. El control de plagas, los suministros para animales de servicio, el kit de pruebas genéticas no cubierto por Medicare y las aplicaciones de salud mental y bienestar comparten una asignación combinada cada 3 meses, pero la cantidad de asignación máxima es de \$150 por trimestre. Los fondos no utilizados al final de cada trimestre no se trasladarán al trimestre siguiente.</p> <p>Son elegibles los miembros que tengan las siguientes afecciones crónicas: Alcoholismo crónico y dependencia crónica a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en etapa terminal, insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD), trastornos hematológicos graves, HIV/AIDS, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidente cerebrovascular.</p>	<p>Esto no está cubierto como un beneficio suplementario.</p>
<p>Artículos de venta libre (OTC) (suplementario)</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$300 cada trimestre (3 meses) para usar para acceder a los artículos de venta libre (OTC).</p>	<p>Usted recibe \$100 por mes para los artículos de venta libre (OTC). Esta asignación se combina con el beneficio de transporte.</p>
<p>Transporte que no es de emergencia (suplementario)</p>	<p>Esto no está cubierto como un beneficio suplementario.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$100 por mes para acceder al transporte. Esta asignación se combina con el beneficio de artículos de venta libre (OTC).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Servicios dentales (suplementarios)	Establecimos una asociación con DentaQuest para proporcionar cobertura dental integral alineada con los servicios que ofrece Medicaid del estado de New York, sin ningún límite de beneficios anual. Los servicios estarán cubiertos cuando se reciban de un proveedor afiliado a DentaQuest.	<p>Establecimos una asociación con DentaQuest para proporcionar cobertura dental integral alineada con los servicios que ofrece Medicaid del estado de New York, sin ningún límite de beneficios anual. Los servicios estarán cubiertos cuando se reciban de un proveedor afiliado a DentaQuest.</p> <p>El plan cubre los siguientes servicios dentales, que superan los requisitos mínimos:</p> <p>Diagnósticos, Preventivos, Servicios de Restauración, Endodoncia, Periodoncia, Prostodoncia (extraíbles), Prostodoncia (fijos), Prótesis maxilofaciales, Servicios de implante, Cirugía oral y maxilofacial, Servicios generales complementarios</p> <p>Nota: La cobertura anterior es para el Beneficio dental suplementario de Medicare. Su beneficio dental de New York Medicaid también está administrado por Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). Póngase en contacto con el Plan si tiene alguna pregunta sobre este beneficio de Medicaid.</p>
Terapia escalonada de la Parte B	El plan tenía terapia escalonada de la Parte B	Consulte la lista de Terapia escalonada 2025 de medicamentos de la Parte B (Código J) de nuestro sitio web para ver los cambios o llame a Servicio para Miembros.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se denomina Formulario o Lista de Medicamentos. Proporcionamos una copia de nuestra Lista de Medicamentos de forma electrónica.

Realizamos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían 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 los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y para consultar si habrá alguna restricción o si su medicamento ha cambiado de categoría de distribución de costos.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 8 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro provisional, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, cuando se agrega el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por determinados biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que va a ser sustituido por un biosimilar, es posible que no reciba el aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no pueda obtener el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hayamos hecho, pero puede que le llegue después de que hagamos el cambio. Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 11 de su Evidencia de Cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o pedirle más información a su proveedor de atención médica, su profesional que expide recetas o su farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

A partir de 2025, existen tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura dejarán de existir en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos por Brecha en la Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos de Fabricantes. Conforme al Programa de Descuentos de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (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 sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (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. Los costos de esta fila corresponden a un suministro de un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red.</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>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</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>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes adquirido en una farmacia de la red con la distribución de costos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y preferidos de varias fuentes: Usted paga \$0 por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga \$0 por receta médica.</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuentos de Fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Estamos realizando cambios administrativos para el año próximo. La información en la siguiente tabla describe estos cambios.

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Usaremos un proveedor diferente para administrar su tarjeta Healthy You en 2025.	La administración de su tarjeta Healthy You estaba a cargo de un proveedor llamado InComm.	A partir de 2025, la administración de su tarjeta Healthy You estará a cargo de

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
		NationsBenefits (se enviarán tarjetas nuevas a los miembros para 2025).

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si quiere cambiar de plan para el 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre las opciones que tiene y compárelas

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente.
- *O--* También puede cambiar a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o comuníquese con Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) automáticamente.
- 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 el Departamento de Servicios para Miembros si necesita obtener 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.

Si cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. Su cambio tendrá vigencia a partir del 1 ° de enero de 2025.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, pueden hacerlo las personas con Medicaid, aquellos que obtienen “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio.

Como tiene New York Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, dentro de las que se incluyen las siguientes:

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinda Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribe en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025, y no está satisfecho con su elección de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive en una institución o se acaba de mudar de una, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o pasarse a Medicare Original durante dos meses completos a partir del mes en que se mude.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En New York, el SHIP se conoce como New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP).

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 New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar New York State Health Insurance Information, Counseling

and Assistance Program (HIICAP) al (800) 701-0501: Puede conocer más sobre New York State Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) visitando su sitio web <https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de New York Medicaid, comuníquese con New York Medicaid al 1-800-505-5678, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8 p. m., sábados, de 10 a. m. a 6 p. m., hora del Este. Pregunte cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la forma en la que obtiene su cobertura de New York Medicaid.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, usted ya está inscrito en la Ayuda Adicional, también llamada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda Extra (Extra Help)” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica, no será sancionado con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional (Extra Help)”, llame al siguiente número:
 - 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.
 - Puede llamar a 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 24 horas al día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o bien a la
 - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New York cuenta con un programa llamado Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia del Seguro Médico.
- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su Estado, 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 no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido en las recetas médicas a través del New York State Uninsured Care Program (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al 1-800-542-2437 o 1-844-682-4058. Cuando llame, asegúrese de informarles del nombre de su plan de la Parte D de Medicare o del número de póliza.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir Ayuda de Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440. (Solo para usuarios de TTY, llame al 711.) Estamos disponibles para llamadas telefónicas 7 días a la semana de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *2025 Evidencia de cobertura* para Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-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. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web en SWHNY.com. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestro sitio web en SWHNY.com. Como recordatorio, nuestra página web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*), además de nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/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) 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite la página web de Medicare

Visite la página web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y la Clasificación por Estrellas de la calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Este documento se envía por correo postal todos los años, 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 cuenta con un ejemplar de este documento, puede obtenerlo en la página web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid puede llamar a New York Medicaid a 1-800-505-5678 Los usuarios de TTY deben llamar al TTY: 711.

Los miembros del condado de Nassau pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local.

Método	Departamento de Servicios Sociales del condado de Nassau
LLAME A	516-227-7474
ESCRIBA A	Nassau County DSS 60 Charles Lindbergh Blvd Uniondale, NY 11553-3656
PÁGINA WEB	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html

Los miembros de los condados de Bronx, Kings, New York, Queens y Richmond pueden contactar a la Administración de Recursos Humanos/Departamento de Servicios Sociales de New York City.

Método	Administración de Recursos Humanos/Departamento de Servicios Sociales.
LLAME A	718-557-1399
PÁGINA WEB	https://www.nyc.gov/site/hra/about/about-hra.page

Los miembros del condado de Orange pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local.

Método	Departamento de Servicios Sociales del condado de Orange
LLAME A	845-291-4000
ESCRIBA A	Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924-0678
PÁGINA WEB	https://www.orangecountygov.com/285/Department-of-Social-Services

Los miembros del condado de Rockland pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local.

Método	Departamento de Servicios Sociales del condado de Rockland
LLAME A	845-364-3040
ESCRIBA A	Rockland County DSS Building L 50 Sanatorium Road Pomona, New York 10970
PÁGINA WEB	http://rocklandgov.com/departments/social-services/contact-dss/

Los miembros del condado de Westchester pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales local.

Método	Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester
LLAME A	914-995-3333

Método	Departamento de Servicios Sociales del condado de Westchester
ESCRIBA A	White Plains District Office 85 Court Street White Plains, NY 10601-4201
PÁGINA WEB	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

Cómo obtener materiales importantes del plan

Cómo obtener documentos importantes del plan

¡Usted es importante para nosotros! Le facilitamos la obtención de la información que necesita. En línea, puede ver documentos importantes de su plan y encontrar un proveedor o una farmacia de la red. También puede buscar sus medicamentos recetados en cualquier momento, en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo. Los documentos de su plan **2025**, al igual que su Evidencia de cobertura, Formulario y Directorio de Proveedores y Farmacias, estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de 2024**.

Conozca los documentos de su plan

- **Evidencia de Cobertura (EOC):** Una guía sobre lo que cubre su plan. Contiene detalles sobre los beneficios y la cobertura de su plan, los derechos de los miembros y más información.
- **Formulario (Lista de Medicamentos):** Una lista de medicamentos cubiertos por su plan.
- **Directorio de Proveedores y Farmacias:** Lista de médicos, especialistas y farmacias de la red con números de teléfono y direcciones. Puede encontrar un proveedor o una farmacia de la red en nuestro directorio en línea en [MolinaHealthcare.com/ProviderSearch](https://www.molinahealthcare.com/ProviderSearch).
- **Aviso de prácticas de privacidad:** Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información. Esto se encuentra en nuestro sitio web en https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/terms_privacy.aspx.

Cómo ver o solicitar una copia de un documento del plan



En línea en [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.molinahealthcare.com/Medicare)

Vea o descargue una copia de sus documentos del plan en línea, en cualquier momento y en cualquier lugar. Puede utilizar cualquier dispositivo: una computadora, una tablet o un teléfono celular. Los documentos de su plan de **2025** estarán disponibles en línea a partir del **15 de octubre de 2024**.



En línea en [MyMolina.com](https://www.molinahealthcare.com/MyMolina)

Utilice el portal de autoservicio para miembros a fin de ver sus documentos del plan en línea disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana, o bien para encontrar un proveedor o una farmacia de la red. Inicie sesión o configure una cuenta en el Portal para Miembros My Molina en la página web MyMolina.com. Haga clic en “Create an Account” (Crear una cuenta) y siga las instrucciones paso a paso para registrarse.



Llame sin costo

Infórmenos si no tiene acceso a la computadora o si prefiere que le enviemos por correo una copia impresa de la EOC, del Formulario o del Directorio de Proveedores y Farmacias. Si desea solicitar una copia impresa de un documento del plan, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito **(833) 671-0440 (TTY: 711)**, de **lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora local**.

Estamos aquí para ayudarle

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un proveedor o una farmacia de la red, o quiere optar por no recibir material por correo, llame al número gratuito del Departamento de Servicios para Miembros al **(833) 671-0440 (TTY: 711)**.

**Aviso de no
discriminación
y accesibilidad**

Senior Whole Health of New York cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en § 92.101(a)).

Para ayudarle a comunicarse eficazmente con nosotros, Senior Whole Health of New York ofrece servicios gratuitos y de manera oportuna:

- Senior Whole Health of New York ofrece adaptaciones razonables y ayudas y servicios apropiados para personas con discapacidades. Estas incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como letra grande de imprenta, audio, formatos electrónicos accesibles braille.
- Senior Whole Health of New York brinda servicios lingüísticos a personas que hablan otro idioma o tienen habilidades limitadas en inglés. Estas incluyen: (1) Intérpretes orales calificados. (2) Información traducida a su idioma

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si cree que le discriminamos por motivos de edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja por teléfono, correo postal, correo electrónico o en línea: Si necesita ayuda para escribir la queja, le ayudaremos. Puede acceder nuestro procedimiento de quejas visitando nuestro sitio web en <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

Llame a nuestro coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889 o TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar un reclamo (queja) de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU en línea a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> por correo postal o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios para presentar un reclamo están disponibles aquí: <http://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>



**Medicare
Language Assistance Services**

Free aids and services, such as sign language interpreters and written information in alternative formats are available to you. Call 1-833-671-0440 (TTY: 711).

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 1-833-671-0440. Someone who speaks English 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 1-833-671-0440. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-833-671-0440。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

Chinese Cantonese:

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打1-833-671-0440 聯絡我們。能說广东话的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

Tagalog:

May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posibleng katanungan ninyo tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-671-0440. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong 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 1-833-671-0440. Un interlocuteur parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có thông dịch viên, hãy gọi cho chúng tôi theo số 1-833-671-0440. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-833-671-0440. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-833-671-0440번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру 1-833-671-0440. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-671-0440. سيقوم شخص يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi:

हमारी स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में अगर आपके कुछ सवाल हैं, तो उनके जवाब देने के लिए हमारे पास निःशुल्क दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिया पाने के लिए, हमें 1-833-671-0440 पर कॉल करें। हृदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, contattare il numero 1-833-671-0440. Un nostro incaricato che parla italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

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 1-833-671-0440. 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 kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa asirans medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-833-671-0440. 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 1-833-671-0440. Ta usługa jest bezpłatna.

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。通訳をご用命になるには、1-833-671-0440にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Bengali:

আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার কোনও প্রশ্নের উত্তর দিতে আমাদের কাছে বিনামূল্যে দোভাষীর পরামর্শ রয়েছে। কোনও দোভাষী পতে, আমাদের 1-833-671-0440 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কউে আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরামর্শ।

Yiddish:

מיר הא.בן פריי יבערזעצער בא. דינונגס צו ענטפערן א.לע פראגן ווא.ס איר קען הא.בן וועגן אונדזער געזונט א.דער מעדיצין פ.לא.ן. צו בא.קומען א.ן יבערזעצער, נא.ר רופן אונדז אויף 1-833-671-0440. איינער ווא.ס רעדט יידיש קען דיר העלפן. דא.ס איז א. פריי סערוויס.

Urdu:

ہم اپنے صحت یا منشیات کے منصوبوں سے متعلق آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے مفت تشریحی خدمات بھی پیش کرتے ہیں۔ اگر آپ کو مترجم کی ضرورت ہے تو براہ کرم 1-833-671-0440 پر کال کریں۔ اردو بولنے والے عملے آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

Greek:

Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε οποιοσδήποτε ερωτήσεις σας σχετικά με το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας ή φαρμακευτικής περίθαλψης της εταιρείας μας. Για να σας παρασχεθεί διερμηνείας, καλέστε μας στο 1-833-671-0440. Κάποιος που μιλά ελληνικά θα σας βοηθήσει. Αυτή η υπηρεσία είναι δωρεάν.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE SENIOR WHOLE HEALTH OF NEW YORK, INC.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Senior Whole Health of New York, Inc., con nombre comercial “Senior Whole Health by Molina Healthcare” (“**Senior Whole Health**”, “**nosotros**” o “**nuestro**”) utiliza y comparte su información médica protegida para brindarle sus beneficios de salud como un miembro de Senior Whole Health. Usamos y compartimos su información para realizar tratamientos, pagos y funciones de atención médica. Además, usamos y compartimos su información por otras razones, según lo que permite y exige la ley. Tenemos el deber de mantener su información de salud en privado y seguir los términos de este aviso. La fecha de entrada en vigor de esta Notificación es el 1 de octubre del 2021.

PHI significa información médica protegida. La PHI es información médica que incluye su nombre, su número de miembro u otros identificadores, y es utilizada o compartida por Senior Whole Health.

¿Por qué Senior Whole Health usa o comparte su PHI?

Usamos o compartimos su PHI para proporcionarle beneficios de atención médica. Su PHI se usa o comparte para tratamientos, pagos y funciones de atención médica.

Para tratamientos

Senior Whole Health puede usar o compartir su PHI para brindarle o facilitar su atención médica. Este tratamiento también incluye remisiones entre sus médicos u otros proveedores de atención médica. Por ejemplo, podemos compartir información sobre su afección con un especialista. Esto ayuda a que el especialista converse acerca del tratamiento con su médico.

Para pagos

Senior Whole Health puede usar o compartir su PHI para tomar decisiones con respecto a los pagos. Esto puede incluir quejas, autorizaciones para tratamientos y decisiones sobre necesidades médicas. Es posible que en la factura aparezca su nombre, afección, tratamiento y suministros utilizados. Por ejemplo, podemos informarle a un médico que usted cuenta con nuestros beneficios. Asimismo, le informaríamos al médico la cantidad de la factura que nosotros pagaríamos.

Para funciones de atención médica

Senior Whole Health puede usar o compartir PHI sobre usted para implementar nuestro plan de salud. Por ejemplo, podemos usar la información de su reclamación para informarle acerca de un programa de salud que pudiera ayudarle. También podemos usar o compartir su PHI para resolver inquietudes de los miembros. Su PHI también se puede utilizar para asegurar que se paguen los reclamos correctamente.

Las funciones de atención médica implican diversas necesidades de actividades diarias. Esto incluye, entre otras cosas, lo siguiente:

- Mejoramiento de la calidad.
- Acciones en programas de salud para ayudar a los miembros con ciertas afecciones (como asma).
- Realización u organización de la revisión médica.
- Servicios legales, incluidos los programas de detección y enjuiciamiento por fraude y abusos.
- Acciones para ayudarnos a obedecer las leyes.

- Atención de las necesidades de los miembros, incluida la resolución de quejas y reclamos.

Compartiremos su PHI con otras compañías (“**socios comerciales**”) que realizan diferentes tipos de actividades para nuestro plan de salud. Es posible que también usemos su PHI para recordarle sus citas. Podemos usar su PHI para brindarle información sobre otro tratamiento u otros servicios y beneficios relacionados con su salud.

¿Cuándo puede Senior Whole Health usar o compartir su PHI sin obtener una autorización (aprobación) por escrito de su parte?

Además del tratamiento, pago y operaciones de atención médica, la ley permite o requiere que Senior Whole Health use y comparta su PHI para otros fines, incluidos los siguientes:

Requerido por la ley

Usaremos o compartiremos información sobre usted según lo requiera la ley. Compartiremos su PHI cuando así lo requiera el Secretario del Department of Health and Human Services (HHS). Esto puede incluir un proceso judicial, otra revisión legal, o cuando se requiera para el cumplimiento de la ley.

Salud Pública

Su PHI se puede usar o compartir para actividades de salud pública. Esto puede incluir ayudar a las agencias de salud pública a prevenir o controlar enfermedades.

Supervisión de la atención médica

Su PHI se puede usar o compartir con agencias gubernamentales. Estas pueden requerir su PHI para realizar auditorías.

Investigación

Su PHI se puede usar o compartir para investigación en ciertos casos, como cuando se aprueba por una comisión revisora institucional o de privacidad.

Procedimientos legales o administrativos

Su PHI se puede usar o compartir para procedimientos legales, como en respuesta a una orden judicial.

Cumplimiento de la Ley

Su PHI se puede usar o compartir con la policía con el fin de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para ayudar a encontrar a un sospechoso, a un testigo o a una persona perdida.

Salud y seguridad

Su PHI se puede usar o compartir para prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad pública.

Funciones gubernamentales

Se puede compartir su PHI con el gobierno para funciones especiales. Un ejemplo puede ser la protección del Presidente.

Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica

Su PHI se puede compartir con las autoridades legales si creemos que una persona es víctima de abuso o abandono.

Indemnización al trabajador

Su PHI se puede usar o compartir para obedecer leyes de indemnización al trabajador.

Divulgación con otros fines

Su PHI se puede compartir con médicos forenses o directores de funerarias para ayudarlos a cumplir con su trabajo.

¿Cuándo necesita Senior Whole Health su autorización (aprobación) por escrito para usar o compartir su PHI?

Senior Whole Health necesita su aprobación por escrito para usar o compartir su PHI para cualquier propósito que no sea el mencionado en esta Notificación. Senior Whole Health necesita su autorización antes de que divulguemos su PHI para lo siguiente: (1) la mayoría de usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; (2) usos y divulgaciones

para propósitos de marketing; y (3) usos y divulgaciones que involucren la venta de PHI. Usted puede cancelar una autorización por escrito que nos haya dado. Su cancelación no aplicará a las acciones que ya hayamos tomado como resultado de la autorización que nos dio.

¿Cuáles son sus derechos con respecto a su información médica?

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- **Solicitar restricciones respecto del uso o la divulgación de PHI (difusión de su PHI)**

Puede pedirnos que no compartamos su PHI para realizar tratamientos, pagos o funciones de atención médica. Asimismo, puede pedir que no compartamos su PHI con familiares, amigos u otras personas designadas por usted que participen de su atención médica. No obstante, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud.

- **Solicitar comunicación confidencial de la PHI**

Puede pedirle a Senior Whole Health que le entregue su PHI de una determinada forma o en un determinado lugar para mantener su PHI en privado. Cumpliremos con solicitudes razonables, si usted nos informa de qué manera la divulgación de la totalidad o parte de su PHI podría poner en riesgo su vida. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud.

- **Revisar y obtener una copia de su PHI**

Usted tiene derecho a evaluar y obtener una copia de su PHI que esté en nuestro poder. Esta puede incluir registros utilizados para la elaboración de coberturas, reclamos y otras decisiones como miembro de Senior Whole Health. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud. Podemos cobrarle un precio razonable para copiar y enviarle estos registros por correo. En ciertos casos, podemos denegar la solicitud. *Nota importante: No tenemos copias completas de su historia clínica. Si usted desea revisar, obtener una copia o modificar su historia clínica, comuníquese con su médico o clínica.*

- **Enmendar su PHI**

Usted puede solicitar enmiendas (modificaciones) a su PHI. Esto incluye solamente aquellos registros que nosotros conservamos sobre usted como miembro. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud. Puede presentar una carta de desacuerdo si rechazamos su solicitud.

- **Recibir un informe sobre la divulgación de su PHI (difusión de su PHI)**

Puede solicitar que le brindemos una lista de determinadas partes con las que hayamos compartido su PHI durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. La lista no incluirá la PHI compartida de la siguiente manera:

- Para tratamientos, pagos o funciones de atención médica.
- A personas sobre su propia PHI.
- La información compartida con su autorización.
- La información relacionada con un tipo de divulgación o uso que, de otra manera, lo permita o lo requiera la ley aplicable.
- PHI divulgada en interés de la seguridad nacional o para propósitos de inteligencia.

- Como parte de un conjunto de datos limitados, conforme a las leyes aplicables.

Le cobraremos una tarifa razonable por cada lista si usted la solicita más de una vez en un período de 12 meses. Deberá presentar su solicitud por escrito. Puede utilizar el formulario de Senior Whole Health para presentar su solicitud.

Usted puede realizar cualquiera de las solicitudes antes mencionadas u obtener una copia impresa de este aviso. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

¿Qué puede hacer si no se han protegido sus derechos?

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante Senior Whole Health y el Department of Health and Human Services. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja. Esto no afectará su atención médica ni sus beneficios en ninguna medida.

Puede presentar una queja ante nosotros en:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Por escrito:

Senior Whole Health
Attention: Medicare Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801

Puede presentar una queja a la Secretaría del Department of Health and Human Services de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (FAX)

¿Cuáles son las obligaciones de Senior Whole Health?

Senior Whole Health debe cumplir con lo siguiente:

- Mantener su PHI en privado.
- Proporcionarle información por escrito, tal como el presente aviso, sobre nuestras obligaciones y prácticas de privacidad en relación con su PHI.
- Proporcionarle un aviso en caso de incumplimiento de su PHI no protegida.
- Abstenerse de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripciones de seguros.
- Cumplir con los términos de este aviso.

Este aviso está sujeto a cambios

Senior Whole Health se reserva el derecho a cambiar en cualquier momento sus normas de información y las condiciones de este Aviso. Si lo hacemos, los nuevos términos y prácticas se aplicarán a toda la PHI que almacenamos. Si realizamos cualquier modificación importante, Senior Whole Health publicará la Notificación revisada en nuestro sitio web y enviará la Notificación revisada, o información acerca de la modificación importante y sobre cómo obtener la Notificación revisada, en la siguiente correspondencia anual dirigida a nuestros miembros cubiertos en ese momento por Senior Whole Health.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la siguiente oficina:

Por teléfono:

Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de Senior Whole Health al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de Senior Whole Health, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711. La llamada es gratuita.

