



# Plan 65 Plus (HMO)

## Resumen de beneficios 2020

Este plan Medicare Advantage brinda más beneficios además de Original Medicare, por ejemplo, servicios dentales, de la vista y la audición, y acupuntura. Está pensado para quienes no califican para los programas que ayudan a pagar los costos de Medicare, como Ayuda Adicional o Medicaid.

Ciudad de Nueva York y condado de Nassau  
Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

# Resumen de beneficios

---



Prima y deducible médico

**\$0** Prima mensual  
Deducible médico

---



Consultas médicas  
(cuidado primario)

**\$10** Copago

---



Cuidado de especialista

**\$45** Copago

---



Servicios dentales preventivos



Servicios de la vista de rutina



Servicios de la audición de rutina



Acceso al cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante la Línea de Ayuda de Enfermería y Teladoc

**\$0** Copago



Medicamentos genéricos preferidos



Comidas para después de recibir el alta



Programa de ejercicio físico SilverSneakers®

# Índice

---

Descripción general del Plan 65 Plus de Healthfirst.....	4
Contactos útiles.....	7
Información útil.....	8
Primas, deducibles y gastos directos de bolsillo .....	9
Comparación de los beneficios médicos y hospitalarios con cobertura (costos dentro de la red) de Original Medicare con los del Plan 65 Plus de Healthfirst.....	10
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.....	21
Preguntas frecuentes acerca del Plan 65 Plus de Healthfirst .....	24
Estamos presentes en su comunidad.....	26
Glosario .....	28

## Descripción general del Plan 65 Plus (HMO) de Healthfirst

El Plan 65 Plus de Healthfirst les ofrece a los miembros una gran variedad de beneficios además de los que incluye Original Medicare, incluidos servicios dentales de rutina e integrales, cobertura de servicios para la audición y audífonos, cobertura de servicios de la vista, anteojos y lentes de contacto, acupuntura, comidas para después de recibir el alta, SilverSneakers® y acceso al cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante la Línea de Ayuda de Enfermería y Teladoc. Además, no necesita una remisión para consultar con los especialistas.



Este plan puede ser ideal para quienes no califican para los programas que ayudan a pagar los gastos de Medicare, como **Ayuda Adicional** (también denominada **Subsidio por bajos ingresos o LIS**), los **Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés)** o **Medicaid**.

Si cree que podría calificar para alguno de estos programas, llámenos y le ayudaremos a encontrar el plan de Healthfirst adecuado para usted. Llame al 1-877-237-1303, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, (TTY en inglés y otros idiomas 1-888-542-3821) (TTY en español 1-888-867-4132).

Healthfirst quiere asegurarse de que usted reciba todos los recursos que necesita para mantenerse saludable. Es por eso que les ofrecemos a los miembros el Plan 65 Plus de Healthfirst, con más asistencia en un servicio que les ayuda a conectarse con los programas de su comunidad. Puede ayudarles en lo que necesiten e incluso hacerles ahorrar en los costos de cuidado médico.

Este documento es un resumen y no incluye todos los servicios que están cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), que puede consultarla en línea en [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org) o llamando al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

## Definiciones útiles

### Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Es un tipo de plan de seguro médico. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede ir a los hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico que tienen acuerdos con el plan, excepto en caso de una emergencia. Es posible que también necesite una remisión por parte de su médico de cuidado primario antes de consultar con un especialista; sin embargo, con el Plan 65 Plus de Healthfirst, en ningún caso necesitará una remisión para consultar a un especialista.

### Prima

Importe de dinero que algunas personas pagan mensual, trimestral o bianualmente para recibir cobertura por parte de un programa o plan de seguro médico.

### Pago complementario (o copago)

Tarifa que usted paga cada vez que va al médico, surte su medicamento recetado o recibe otros servicios.

### Coseguro

La tarifa que usted le debe al médico por su cuidado después de alcanzar su deducible anual. La cantidad que usted debe es una parte del costo de su cuidado. Su compañía de seguros paga el resto.

### ¿Qué le hace elegible para ser miembro del plan?

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Vive en la ciudad de Nueva York o el condado de Nassau
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos
- No padece enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la ESRD se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.





# Contactos útiles

Fecha de entrada en vigencia del plan \_\_\_\_\_

Nombre del representante de ventas de Healthfirst \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de cuidado primario \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Sitio web de Healthfirst

**www.healthfirst.org/medicare**

Planes Medicare de Healthfirst  
(para no miembros)

**1-877-237-1303**

TTY 1-888-867-4132

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,  
los 7 días de la semana

Servicios a los Miembros de Healthfirst

**1-888-260-1010**

TTY 1-888-867-4132

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,  
los 7 días de la semana

Teladoc

**1-800-TELADOC (1-800-835-2362)**

TTY 1-800-877-8973

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día

Línea de ayuda de enfermería de Healthfirst

**1-855-NURSE33 (1-855-687-7333)**

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día,  
TTY 711

DentaQuest

**1-800-508-2047**

TTY 711

De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

SilverSneakers

**1-888-423-4632**

TTY 711

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Davis Vision

**1-800-753-3311**

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m.,  
Sábado de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.,  
domingo de 12:00 p.m. a 4:00 p.m.

NationsHearing

**1-877-438-7251**

TTY 711

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Medicare

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

TTY 1-877-486-2048

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día  
[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

Programa de Cobertura de Seguro de  
Productos Farmacéuticos para Personas  
Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés)

**1-800-332-3742**

TTY 1-800-290-9138

De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Beneficios de farmacia

**1-888-260-1010**

TTY 711

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día

Seguro Social

**1-800-772-1213**

TTY 1-800-325-0778

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

# Información útil

## Directorio de proveedores y farmacias

La mejor forma de buscar un médico o un especialista y una farmacia dentro de la red de Healthfirst es visitando [www.HFDocFinder.org](http://www.HFDocFinder.org). También puede visitar alguna de nuestras convenientemente ubicadas oficinas locales (visite [www.healthfirst.org](http://www.healthfirst.org) para consultar dónde se encuentran las oficinas) o llame a Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010 (TTY 1-888-867-4132)** para obtener asistencia.



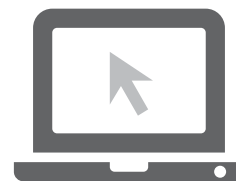
## Formulario de Healthfirst

Para descargar una copia del Formulario de su Plan Medicare de Healthfirst, visite [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org). También puede recoger uno en alguna oficina local de Healthfirst. Un formulario es una lista de medicamentos recetados (tanto genéricos como de marca) cubiertos por su plan de salud.



## Medicare & You (Medicare y usted)

Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para ver el manual en línea o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana o descargar una copia del manual en [www.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html](http://www.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html).



## Palabra que debe conocer en esta página:

Formulario

Para saber qué significa esta palabra, consulte el Glosario en la página 26.



## Primas, deducibles y gastos directos de bolsillo

Estos son los costos de cuidado médico en relación con el Plan 65 Plus de Healthfirst:

Prima mensual	Deducible	Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) (no se aplica a los medicamentos recetados)
\$0	Deducible de \$0 para la mayoría de los beneficios médicos y hospitalarios	\$6,700 por los servicios que reciba de proveedores dentro de la red

### Información importante:

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (\$135.50 por mes en 2019).	Hay un deducible de \$100 para los servicios dentales integrales	No se aplica a los costos de medicamentos recetados. Aun así deberá pagar su parte de los costos de los medicamentos recetados.
La cantidad de la prima de la Parte B de Medicare puede cambiar para el año siguiente, y nosotros proporcionaremos las tarifas actualizadas apenas Medicare las publique.	Hay un deducible de \$350 para sus medicamentos recetados de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Con Original Medicare, no hay límite con respecto a lo que gasta en cuidado médico.

Si alcanza el límite de sus gastos directos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y **Healthfirst pagará el costo total el resto del año**. Consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y usted) para ver los servicios cubiertos por Medicare.

### Palabras de esta página que debe conocer:

Original Medicare

Parte B

Parte D

Para saber qué significan estas palabras, consulte el Glosario en la página 26.

## Comparación de los beneficios médicos y hospitalarios con cobertura (costos dentro de la red) de Original Medicare con los del Plan 65 Plus de Healthfirst

Original Medicare es una cobertura de salud administrada por el gobierno federal e incluye solo la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). El Plan 65 Plus de Healthfirst es un plan de Medicare Advantage que brinda los mismos beneficios que Original Medicare, además de otros beneficios como servicios dentales, de la vista, acupuntura, comidas para después de la hospitalización, SilverSneakers®, acceso al cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante la Línea de Ayuda de Enfermería y Teladoc y más. Aquí está la comparación:

Los servicios marcados con un asterisco (\*) pueden requerir autorización previa.

Beneficios de Original Medicare (los costos corresponden a 2019, a menos que se indique lo contrario)	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst (los costos corresponden a 2020)
<b>Cobertura para pacientes internos*</b>		
Después de haber alcanzado el deducible de la Parte A de Original Medicare (\$1,364) para cada período de beneficios: \$0 por día como paciente interno para los días 1 a 60 (por cada período de beneficios) y \$341 por día como paciente interno para los días 61 a 90 (por cada período de beneficios) \$682 por cada día de "reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días como máximo de por vida)	en comparación con	El plan cubre una cantidad ilimitada de días de estadía hospitalaria como paciente interno, según la necesidad médica. Copago de \$393 por día para los días del 1 al 5 \$0 por día para los días del 6 en adelante
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</b>		
Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185	en comparación con	El 20% del costo por cada consulta en el hospital como paciente ambulatorio Copago de \$90 por servicios de observación
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>		
Coseguro del 20% para cada servicio después de la consulta en el hospital Deducible de \$185	en comparación con	Copago de \$200 por cada vista a un centro quirúrgico ambulatorio
<b>Consultas médicas (médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) y especialistas)*</b>		
Después de haber alcanzado el deducible de la Parte B de Original Medicare (\$185): Coseguro de 20% para cada servicio	en comparación con	Copago de \$10 para consultas con un médico de cuidado primario; Copago de \$45 por consultas con especialistas. Es muy importante que consulte a su médico de cuidado primario y a todos los especialistas que necesite. Para que le ayudemos a programar una cita con su médico de cuidado primario, llame al <b>1-888-260-1010</b> (TTY 1-888-867-4132).

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Cuidado preventivo</b>		
<p>Copago de \$0 para servicios preventivos</p> <p>Los ejemplos de cuidado preventivo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ colonoscopías</li> <li>■ mamografías</li> <li>■ medición de la masa ósea</li> <li>■ examen de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>■ examen de detección de diabetes</li> <li>■ y otros exámenes de detección de cáncer</li> </ul>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$0 para los exámenes de prevención cubiertos por Medicare</p> <p>El cuidado preventivo incluye una consulta anual de bienestar por un valor de \$0 que proporciona exámenes de altura, peso, presión arterial y otros exámenes de rutina. En esta consulta anual, pregúntele a su médico qué servicios preventivos le recomienda.</p> <p><b>Asegúrese de aprovechar todos los servicios preventivos sin costo para los que es elegible cada año.</b></p> <p>Para obtener una lista completa de los servicios para los que podría calificar, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), que puede consultarla en línea en <b>www.HFMedicareMaterials.org</b>, o llamando al <b>1-888-260-1010</b> (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.</p>



### Palabras de esta página que debe conocer:

Preventivo

Colonoscopías

Mamografías

Cardiovascular

Para saber qué significan estas palabras, consulte el Glosario en la página 26.

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Atención de emergencia</b>		
<p>Después de haber alcanzado el deducible de la Parte B de Original Medicare (\$185): Coseguro de 20% para cada servicio</p> <p>Original Medicare <b>no</b> brinda cobertura de atención de urgencia ni de emergencia a nivel mundial</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$90 para cobertura en el país o en el exterior.</p> <p>Debe buscar atención de emergencia si piensa que su afección médica requiere cuidado médico de inmediato.</p> <p>Si no piensa que su afección médica es lo suficientemente grave como para necesitar atención de emergencia, pero aun así necesita atención médica, considere solicitar atención de urgencia (consulte a continuación).</p> <p>La atención de emergencia y los servicios de urgencia se encuentran disponibles en todo el mundo. Si utiliza estos servicios en otro país, necesitará un comprobante de pago detallado y la historia clínica del cuidado que recibió para que Healthfirst lo reembolse.</p> <p>El límite máximo de cobertura para la atención de urgencia y la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos es de \$100,000 por año.</p> <p>El Plan 65 Plus de Healthfirst no cubrirá ningún medicamento recetado de la Parte D que usted reciba como parte de su atención de emergencia en otro país.</p> <p>Si usted es hospitalizado(a) dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>		
<p>Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185</p> <p>Original Medicare <b>no</b> brinda cobertura de atención de urgencia ni de emergencia a nivel mundial</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$45 para cobertura en el país y cobertura de atención de urgencia.</p> <p>Los centros de atención de urgencia son una buena opción cuando su proveedor de cuidado primario se encuentra de vacaciones o no puede ofrecerle una cita oportuna, o cuando usted está enfermo(a) o padece una lesión menor fuera del horario de atención normal del consultorio de su médico.</p> <p>Como en el caso de la atención de emergencia, la atención de urgencia tiene cobertura en todo el mundo, pero no se cubrirán los medicamentos recetados de la Parte D que haya recibido como parte de la atención de urgencia en otro país. El límite máximo de cobertura para la atención de urgencia y la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos es de \$100,000 por año.</p> <p>Beneficios de los centros de atención de urgencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ No se necesita programar una cita con anticipación</li> <li>■ Muchos centros han extendido su horario de atención y están abiertos siete días a la semana</li> <li>■ La consulta aquí puede costar menos que una consulta en la sala de emergencias</li> </ul>

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/estudios por imágenes*</b>		
<p>Original Medicare paga el costo total de los análisis de laboratorio para diagnóstico cubiertos</p> <p>Para los servicios de radiología de diagnóstico, radiografías para pacientes ambulatorios y servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de laboratorio</p> <p>Copago de \$50 por procedimientos y pruebas de diagnóstico</p> <p>Copago de \$100 para servicios de radiología de diagnóstico</p> <p>Copago de \$15 por radiografías</p> <p>Coseguro del 20% por servicios de radiología terapéutica</p> <p>Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen MRI y CT.</p>
<b>Servicios de audición</b>		
<p>Original Medicare <b>no cubre</b> audifonos ni servicios de audición de rutina</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$45 para exámenes para diagnosticar y tratar problemas de la audición y problemas relacionados con el equilibrio.</p> <p>Copago de \$0 para exámenes de audición de rutina (uno por año).</p> <p>Copago de \$0 para dos audifonos como máximo cada tres años (cobertura máxima de beneficios del plan de \$500 por oreja cada tres años).</p> <p>Puede elegir de entre los cinco niveles de audifonos luego de que se aplique monto de cobertura máximo del plan de \$500 por oreja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tecnología de nivel de entrada: copago de \$0 por audifono</li> <li>■ Tecnología de nivel básico: copago de \$175 por audifono</li> <li>■ Tecnología de primer nivel: copago de \$475 por audifono</li> <li>■ Tecnología de nivel avanzado: copago de \$1,075 por audifono</li> <li>■ Tecnología de nivel premium: copago de \$1,475 por cada audifono</li> </ul> <p>Las compras de audifonos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tres (3) consultas de seguimiento durante el primer año luego de la fecha de la colocación inicial</li> <li>■ Período de prueba de 60 días desde la fecha de colocación</li> <li>■ 60 baterías por año por audifono (suministro de tres años)</li> <li>■ Garantía de reparación del fabricante de tres años</li> <li>■ Cobertura para un único reemplazo en caso de pérdida, robo o daño del audifono (se puede aplicar un deducible por audifono)</li> </ul> <p>Los audifonos deben obtenerse a través de un proveedor de NationsHearing. Comuníquese con Nations Hearing por teléfono al <b>1-877-438-7251</b> (TTY 711) o a través del sitio web <b>www.NationsHearing.com/Healthfirst</b> para programar una cita.</p>

**Palabras de esta página que debe conocer:**

CT

MRI

Costos compartidos

Para saber qué significan estas palabras, consulte el Glosario en la página 26.



Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Servicios dentales*</b>		
<p>Original Medicare <b>no cubre</b> servicios dentales de rutina, cuidado dental preventivo ni dentaduras postizas. Sin embargo, Original Medicare sí pagará ciertos servicios dentales que recibe cuando está en un hospital, como en el caso de que necesite procedimientos dentales complicados o de emergencia.</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Copago de \$0 para limpiezas (una vez cada seis meses)</li> <li>■ Copago de \$0 para radiografías dentales (una cada seis meses)</li> <li>■ Copago de \$0 para exámenes bucales (uno cada seis meses)</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales, deducible de \$100, copago de \$0 después de haber alcanzado el deducible de \$100:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Servicios de diagnóstico y que no sean de rutina</li> <li>■ Servicios de reconstrucción (como amalgamas permanentes de plata y empastes compuestos de resina)</li> <li>■ Cirugía oral</li> <li>■ Cirugía de conducto radicular</li> <li>■ Periodoncia (prótesis/coronas)</li> <li>■ Dentaduras postizas, incluidos los ajustes y las reparaciones</li> </ul> <p>El plan paga hasta \$1,500 por año para los servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p> <p>Para obtener más información, incluidos los costos compartidos y las exclusiones, consulte su Evidencia de cobertura. Puede encontrar la Evidencia de cobertura del Plan 65 Plus de Healthfirst en línea en <a href="http://www.HFMedicareMaterials.org">www.HFMedicareMaterials.org</a> o puede llamar al <b>1-888-260-1010</b> (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.</p>

Para obtener información adicional, incluidos los costos compartidos, consulte su Evidencia de cobertura. Puede encontrar la Evidencia de cobertura del Plan 65 Plus de Healthfirst en línea en [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org) o puede llamar al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Servicios de la vista*</b>		
<p>Original Medicare <b>no cubre</b> los servicios de la vista de rutina. Original Medicare cubre algunos servicios de la vista como los que se relacionan con la prevención del glaucoma y los servicios después de una cirugía de catarata</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$45 para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. Según sus factores de riesgo, su copago para la prueba de detección de glaucoma anual puede ser de \$0. Copago de \$0 para exámenes de la vista de rutina (uno por año).</p> <p>Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata.</p> <p>Copago de \$0 para un par de lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada 2 años sin necesidad de cirugía de catarata previa definida por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Puede elegir de nuestra exclusiva colección que ofrece tres (3) niveles de marcos: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Marcos "Fashion": Copago de \$0</li> <li>■ Marcos "Designer": Copago de \$20</li> <li>■ Marcos "Premier": Copago de \$45</li> </ul> </li> <li>■ Los marcos o lentes de contacto seleccionados que no estén dentro de la colección exclusiva del plan y que sean del propio suministro del proveedor están sujetos a un límite máximo de cobertura de \$100 cada 2 años.</li> </ul> <p>También cubrimos lentes mejorados con un copago adicional. Estos incluyen, entre otros: lentes ultraprogresivos, lentes de policarbonato, lentes con revestimiento antirreflectante, lentes polarizados, lentes de índice alto y más.**</p> <p>Para obtener más información, incluidos los costos compartidos y las exclusiones, consulte su Evidencia de cobertura. Puede encontrar la Evidencia de cobertura del Plan 65 Plus de Healthfirst en línea en <a href="http://www.HFMedicareMaterials.org">www.HFMedicareMaterials.org</a> o puede llamar al <b>1-888-260-1010</b> (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.</p> <p>**Nota: Las opciones de marcos de la colección Designer o Premier, y los marcos o los lentes mejorados no son características incluidas en nuestros beneficios adicionales de la vista. Sin embargo, mediante un acuerdo con nuestro proveedor de artículos para la visión, Healthfirst puede ofrecerles a los miembros estas características adicionales a costos significativamente reducidos. Por lo tanto, estos copagos no se tienen en cuenta para el costo anual de la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo (MOOP) de Medicare.</p>

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
---------------------------------	--------------------	--

**Servicios de salud mental (incluidos los servicios para pacientes internos)\***

<p>Original Medicare cubre un límite de por vida de 190 días para servicios de cuidado de salud mental para pacientes internos en un hospital psiquiátrico. El límite de cuidado hospitalario para pacientes internos no corresponde a los servicios psiquiátricos para pacientes internos brindados en un hospital general</p> <p>Para servicios proporcionados en un hospital general: Después de haber alcanzado el deducible de la Parte A de Medicare (\$1,364) para cada período de beneficios: \$0 por día como paciente interno para los días 1 a 60 (por cada período de beneficios) y \$341 por día como paciente interno para los días 61 a 90 (por cada período de beneficios)</p> <p>\$682 por cada día de "reserva de por vida" después del día 90 de cada período de beneficios (hasta 60 días como máximo de por vida)</p> <p>Para los servicios de atención de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios: Después de haber alcanzado el deducible de la Parte B de Original Medicare (\$185): Coseguro de 20% para cada servicio</p>	<p>en comparación con</p>	<p>El plan cubre hasta 190 días de por vida (en función de la necesidad médica) para la atención de salud mental para pacientes internos en un hospital psiquiátrico independiente. El límite de cuidado hospitalario para pacientes internos no corresponde a los servicios de salud mental para pacientes internos proporcionados en un hospital de cuidado agudo general.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Copago de \$293 por día para los días de 1 a 6</li> <li>■ \$0 por día para los días del 7 a 190</li> </ul> <p>Se aplican costos compartidos de hospitalización como paciente interno a los ingresos psiquiátricos en un hospital de cuidado agudo general. Los costos compartidos de salud mental para pacientes internos solo se aplican a las estadias en hospitales psiquiátricos independientes.</p> <p>Copagos de \$40 para consultas de terapia de grupo y consultas de terapia individual para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$40 para consultas de terapia individual o de grupo de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago de \$40 para servicios de tratamiento para dejar los opioides.</p>
--	---------------------------	--

**Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)\***

<p>\$0 por día para los días 1 a 20 por cada período de beneficios</p> <p>\$178 por día para los días 21 a 100 por cada período de beneficios</p> <p>Se requiere una hospitalización de 3 días</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Un centro de enfermería especializada (SNF) se utiliza cuando necesita cuidado de enfermería especializada o de rehabilitación adicional después de recibir el alta del hospital.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios.</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p> <p>\$0 por día para los días del 1 al 20</p> <p>Copago de \$178 por día para los días del 21 al 100</p>
--	---------------------------	--

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Fisioterapia*</b>		
Coseguro del 20% después del deducible de \$185. La fisioterapia está sujeta a topes máximos conforme a Original Medicare	en comparación con	Copago de \$40 por consulta de fisioterapia
<b>Ambulancia*</b>		
Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185	en comparación con	Copago de \$225 Necesita transporte de emergencia en ambulancia si requiere cuidado que lo(a) mantenga con vida o que mantenga su estado de salud mientras lo(a) trasladan.
<b>Servicios de transporte de rutina</b>		
Original Medicare no cubre los servicios de transporte de rutina	en comparación con	Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare*</b>		
Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185	en comparación con	El 20% del costo de los medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia, entre otros.
<b>Servicios de rehabilitación*</b>		
Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$183 Los servicios de terapia ocupacional y terapia del habla están sujetos a topes máximos conforme a Original Medicare	en comparación con	Copago de \$0 para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) y servicios de rehabilitación cardíaca intensivos Copago de \$30 para servicios de rehabilitación pulmonar (de los pulmones); Copago de \$40 para sesiones de terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. El 20% del costo para diálisis renal. Copago de \$30 para la Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés) para los miembros que padezcan de arteriopatía periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés).

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
<b>Podología (cuidado de los pies)*</b>		
<p>Original Medicare <b>no cubre</b> los servicios de cuidado de los pies de rutina</p> <p>Coseguro del 20% para el tratamiento médicamente necesario de las lesiones o enfermedades de los pies después de haber alcanzado el deducible de \$185</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Copago de \$25 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo del pie en martillo o espolón calcáreo).</li> <li>■ Cuidado de rutina de los pies</li> </ul> <p>El plan cubre hasta 12 consultas de rutina para el cuidado de los pies por año</p>
<b>Equipo/suministros médicos*</b>		
<p>Coseguro del 20% para cada servicio después del deducible de \$185</p>	<p>en comparación con</p>	<p>\$0 para suministros para el control de la diabetes, capacitación para el autocontrol de la diabetes y plantillas o zapatos terapéuticos.</p> <p>El 20% del costo para equipo médico duradero. Algunos ejemplos de equipo médico duradero son andadores, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, muletas y más.</p> <p>El 20% del costo para dispositivos protésicos (frenillos, extremidades artificiales, etc.) y suministros médicos relacionados.</p>
<b>Programas de bienestar</b>		
<p>Original Medicare <b>no cubre</b> servicios de acupuntura</p> <p>Coseguro del 20% después del deducible de \$185 para la manipulación de la columna vertebral si es médicamente necesaria para corregir una subluxación cuando la proporciona un quiropráctico u otro proveedor calificado</p>	<p>en comparación con</p>	<p>Acupuntura: \$0 por hasta 15 consultas por año.</p> <p>Cuidado quiropráctico*: copago de \$20 para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna vertebral).</p>

## Definición útil

### Período de beneficios

Plazo que comienza el día que es hospitalizado(a) como paciente interno y finaliza cuando recibe el alta.



Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
<b>Línea de Ayuda de Enfermería de Healthfirst</b>		
Original Medicare <b>no</b> brinda una línea de asistencia del servicio de enfermería	<b>en comparación con</b>	\$0 para la Línea de Ayuda de Enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana: <b>1-855-NURSE33 (1-855-687-7333, TTY 711)</b> . Es un servicio telefónico gratuito disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir consejos sobre bienestar y ayuda para encontrar un médico.
<b>Cuidado de una agencia de servicios de salud en el hogar*</b>		
No paga nada por los servicios de cuidado de salud en el hogar cubiertos	<b>en comparación con</b>	No paga nada. Para que reciba servicios para la salud en el hogar, su médico debe certificar que necesita dichos servicios y los solicitará a una agencia de servicios de salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo le resulta muy difícil.
<b>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare</b>		
Usted no paga nada por los servicios cubiertos.	<b>en comparación con</b>	No paga nada. El programa incluye sesiones para cambiar el comportamiento de la salud que promueva la pérdida de peso mediante una alimentación sana y la actividad física.
<b>Teladoc</b>		
Original Medicare <b>no</b> proporciona servicios de Teladoc.	<b>en comparación con</b>	Copago de \$0 Teladoc le permite conectarse con médicos certificados por la junta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por videollamada o teléfono desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden diagnosticar, hacer tratamientos e incluso realizar recetas para una variedad de enfermedades que no sean de emergencia. Sin embargo, este programa no reemplaza a su médico de cuidado primario. Debe tener un seguimiento con su médico de cuidado primario ante cualquier tratamiento que proporcione Teladoc.

Beneficios de Original Medicare	en comparación con	Lo que paga con el Plan 65 Plus de Healthfirst
<b>Otros servicios cubiertos</b>		
<b>Comidas para después de recibir el alta*</b>		
Original Medicare <b>no</b> proporciona un beneficio de comidas.	<b>en comparación con</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>Hasta 84 comidas que se le entregan en su casa durante un período de hasta 28 días después de recibir el alta del hospital o de un centro de enfermería especializada para regresar a su casa, luego de una estadía de más de dos días. Se requiere una autorización previa del Departamento de Gestión de la Utilización de Healthfirst.</p>
<b>SilverSneakers®</b>		
Original Medicare <b>no</b> proporciona el beneficio de acondicionamiento físico SilverSneakers.	<b>en comparación con</b>	<p>Copago de \$0</p> <p>SilverSneakers® le permite acceder a una red de centros de acondicionamiento físico, clases de ejercicio grupales y clases desarrolladas en parques y lugares comunitarios. También se ofrecen kits para el hogar para los miembros que quieran comenzar a ejercitarse en su casa o para aquellos que no puedan ir al lugar de acondicionamiento físico debido a una lesión o enfermedad o porque no pueden salir del hogar.</p>

## Beneficios en medicamentos recetados de la Parte D

### Niveles de medicamentos recetados

#### Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos

El Nivel 1 es el nivel de más bajo costo. La mayoría de los medicamentos genéricos del formulario están incluidos en este nivel. La mayoría de los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca y son igualmente seguros y eficaces.

**El deducible de los medicamentos recetados no se aplica a este nivel.**

#### Nivel 2: medicamentos genéricos

Este es el segundo nivel de más bajo costo. Los medicamentos genéricos adicionales del formulario están incluidos en este nivel.

#### Nivel 3: medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos

Este es un nivel de costos medio. Incluye algunos medicamentos genéricos que pueden tener un costo mayor. La mayoría de los medicamentos en este nivel son preferidos.

#### Nivel 4: medicamentos no preferidos

Este es el segundo nivel de costos más alto e incluye medicamentos no preferidos.

#### Nivel 5: medicamentos especializados

El nivel de especialidad es el nivel de costos más alto. Un medicamento del nivel de especialidad es un medicamento recetado con un costo muy alto o exclusivo que puede requerir un manejo especial o un monitoreo estricto. Los medicamentos especializados pueden ser de marca o genéricos.

en  
comparación  
con

El monto que paga por los medicamentos puede variar cuando ingresa en otra etapa del beneficio de la Parte D.

Existen cuatro etapas del beneficio de la Parte D: la etapa del deducible, la etapa de cobertura inicial, la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Para los medicamentos de Nivel 1, no hay deducible. Para los medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, hay un deducible anual de \$350. Usted debe pagar el costo total de estos medicamentos hasta que alcance este monto del deducible. Una vez que alcanza el monto del deducible, paga los montos que se muestran en la tabla de la página 20 hasta que los pagos del año hasta la fecha más cualquier pago por medicamentos del Plan 65 Plus de Healthfirst lleguen a un total de \$3,750. Después de que sus pagos lleguen a \$3,750, usted será responsable de la mayor parte del costo de sus medicamentos recetados hasta que alcance el límite de la cobertura en situaciones catastróficas de \$6,350. Después de que alcance los \$6,350, se reducirán los costos de sus medicamentos recetados.

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas con costos altos de medicamentos. La mayoría de los miembros no llegan a estas etapas.

Para obtener más información sobre las etapas de beneficios, llámenos al **1-888-260-1010** (TTY 711) o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea en **[www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org)**.

Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y en las farmacias de pedido por correo.

Si reside en un centro de cuidado a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista.

Nivel	Costos minoristas (suministro para un mes)	Costos minoristas (suministro para tres meses)	Costos de envío por correo (suministro para tres meses)
<b>Beneficios en medicamentos recetados de la Parte D</b>			
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$10
Nivel 3 (Medicamentos genéricos y de marca preferidos)	Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$47
Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$100
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	El 26% del costo	El 26% del costo	El 26% del costo

Si bien hay un deducible para los Niveles 2 a 5, usted puede ahorrar dinero obteniendo suministros para 90 días de estos medicamentos recetados a través de la farmacia de pedido por correo de CVS/Caremark.

Sus costos pueden variar según la farmacia que seleccione y según el momento en el que ingrese en otra etapa de beneficios de la Parte D. Para obtener más información acerca de los costos compartidos adicionales según la farmacia y las etapas del beneficio, llámenos a Servicios al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) y solicite que le envíen una copia por correo, o consulte nuestra Evidencia de cobertura en línea en **www.HFMedicareMaterials.org**.

Mediante nuestro servicio de farmacias de pedidos de por correo, las personas inscritas pueden recibir en su hogar envíos de medicamentos recetados. El envío llegará aproximadamente en 10 días a partir de la fecha en que se envía el pedido por correo. Si el envío no ha llegado durante ese tiempo, comuníquese con Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132).

Sus costos pueden variar según el suministro que reciba (30 días, 60 días o 90 días).

Los costos también pueden variar si usted obtiene sus medicamentos de una farmacia de la red, de una farmacia fuera de la red, de una farmacia de pedidos por correo, de un centro de cuidado a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) o si usted necesita una infusión a domicilio. Para obtener información específica sobre los costos de sus medicamentos, llame a Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132).

**Recuerde, si no está conforme con su plan existente y desea cambiarse a Healthfirst, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para hacerlo.**

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.

trial

6718480  
PBM I.E.S.  
CROSS

0.50  
U.S. POSTAGE  
8

Stu  
Cit,  
 C e





# Preguntas frecuentes

## Acerca del Plan 65 Plus de Healthfirst:

### ¿Quiénes pueden inscribirse en el Plan 65 Plus de Healthfirst?

Para inscribirse en el Plan 65 Plus de Healthfirst, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y seguir pagando dicha Parte, no tener enfermedad renal terminal (ESRD) y vivir en el área de servicio del Plan 65 Plus de Healthfirst. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens y Richmond. Si bien cualquier persona puede inscribirse en el Plan 65 Plus de Healthfirst, el plan está diseñado para personas que no califican para los programas que ayudan a pagar los costos de Medicare, como Ayuda Adicional o Medicaid. Si cree que podría calificar para alguno de estos programas, llámenos y le ayudaremos a encontrar el plan de Healthfirst adecuado para usted. Llame al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

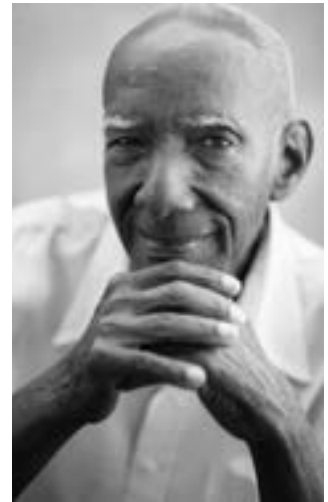
### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

El Plan 65 Plus de Healthfirst cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para surtir los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web ([www.HFDocFinder.org](http://www.HFDocFinder.org)). O bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

### ¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Aquí hay algunos de los costos médicos que Healthfirst cubre y que Original Medicare no cubre:

- Deducible anual
- Exámenes de la vista de rutina y anteojos
- Cargos por medicamentos recetados
- Exámenes de audición y audífonos
- Cuidado dental
- Acupuntura



# Preguntas frecuentes (continuación)

## Comparación del Plan 65 Plus de Healthfirst con otras opciones de seguro:

### ¿En qué se diferencia el Plan 65 Plus de Healthfirst de Original Medicare?

Este plan ofrece más beneficios además de Original Medicare (por ejemplo, servicios dentales, de la visión, de la audición y acupuntura) y puede ser el adecuado si usted no cumple los requisitos para recibir otra ayuda financiera.



### ¿En qué se diferencia el Plan 65 Plus de Healthfirst de otras HMO de Medicare?

A diferencia de otras HMO, con el Plan 65 Plus de Healthfirst no necesita una remisión para consultar a un especialista.



## Costos del plan:

### ¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". En la tabla de la página 20 encontrará una descripción general de los costos de sus medicamentos. Deberá utilizar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento y así determinar su costo. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento que tome y de la etapa de beneficios en la que se encuentre. Anteriormente en este documento hemos detallado las etapas de beneficios: etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas.



### ¿Tendré que pagar una prima mensual o un deducible?

El Plan 65 Plus de Healthfirst tiene una prima de \$0 y un deducible de \$0 para la mayoría de los servicios médicos y hospitalarios. Hay un deducible anual de \$100 para los servicios dentales integrales y un deducible anual de \$350 para los Niveles 2 a 5 de medicamentos recetados. Para los medicamentos de Nivel 1, no hay deducible.



### ¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda con los costos de cuidado médico?

Comuníquese con Servicios a los Miembros. El número se encuentra en la página 7.



# Estamos presentes en su comunidad

Visite nuestras oficinas locales si tiene alguna pregunta sobre nuestros planes Medicare o sus beneficios de salud:

## BRONX

---

**412 East Fordham Road**  
(entrada por Webster Avenue)

**774 East Tremont Avenue**  
(entre Prospect Avenue y Marmion Avenue)

## BROOKLYN

---

Bensonhurst

**2236 86th Street**  
(entre Bay 31st Street y Bay 32nd Street)

Flatbush

**2166 Nostrand Avenue**  
(entre Avenue H y Hillel Place)

Sunset Park

**5324 7th Avenue**  
(entre 53rd Street y 54th Street)

## MANHATTAN

---

Chinatown

**128 Mott Street, Sala 407**  
(entre Grand Street y Hester Street)

**28 East Broadway, 5to Piso**  
(entre Catherine Street y Market Street)

Washington Heights

**1467 St. Nicholas Avenue**  
(entre West 183rd Street y West 184th Street)

Harlem

**34 E. 125th Street**  
(en la esquina de 125th Street y Madison Avenue)

## QUEENS

---

Elmhurst

**40-08 81st Street**  
(entre Roosevelt Avenue y 41st Avenue)

Flushing

**41-60 Main Street, Salas 201 y 311**  
(entre Sanford Avenue y Maple Avenue)

**37-02 Main Street**  
(entre 37th Avenue y 38th Avenue)

Jackson Heights

**93-14 Roosevelt Avenue**  
(entre Whitney Avenue y 94th Street)

Jamaica Colosseum Mall

**89-02 165th Street**  
Nivel principal

Richmond Hill

**122-01 Liberty Avenue**  
(entre 122nd Street y 123rd Street)

## LONG ISLAND

---

Hempstead

**50 Clinton Street**  
(entre Front Street y Fulton Avenue)

Valley Stream

**2034 Green Acres Mall Sunrise Highway, Level 1**  
(área de Macy's Men)



# Glosario

## **Afiliación hospitalaria**

Muestra los hospitales donde un médico/proveedor puede tratar a los pacientes.

## **Autorización/certificación previa (también conocida como autorización previa)**

Algunos planes de cuidado médico, incluido Healthfirst, le solicitan que verifique con ellos antes para poder obtener ciertos servicios. Esto es para asegurarse de que estos servicios de cuidado médico sean necesarios y estén cubiertos antes de que usted los reciba, para que usted no sea responsable del costo total. Se requiere autorización previa para muchos servicios, pero no se exige en caso de una emergencia.

## **Ayuda Adicional**

También conocida como "Subsidio por bajos ingresos" (*Low-Income Subsidy*). Las personas que califican para este programa reciben ayuda para pagar las primas mensuales de su plan, además del deducible anual y los copagos para los medicamentos recetados.

## **Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)**

La cantidad máxima que debe pagar todos los años por gastos cubiertos por su plan (es decir, la suma del monto del deducible, del copago y de los coseguros).

Una vez que alcanza esta suma, no debe pagar nada por la mayoría de los servicios. Esto no incluye sus costos de la prima mensual, ningún cargo de proveedores de cuidado médico externos a la red, medicamentos recetados ni servicios que el plan no cubra.

Recuerde que Original Medicare no tiene una cantidad máxima de gastos directos de bolsillo ni ningún límite para los gastos, por lo que sus gastos de cuidado médico pueden ser muy elevados en el transcurso de un año.

## **Cirugía ambulatoria**

Se realiza en un centro que brinda servicios quirúrgicos ambulatorios exclusivamente a aquellos pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista no supera las 24 horas.

## **Colonoscopia**

Procedimiento médico en el que se usa un instrumento largo, flexible y con forma de tubo para ver el interior completo del colon (intestino grueso) y del recto.

## **Coseguro**

La tarifa que usted le debe al médico por su cuidado después de que usted alcance su deducible anual. La cantidad que usted debe es una parte del costo de su cuidado. Su compañía de seguros paga el resto.

*Ejemplo:* Un coseguro común es el 20%. En este caso, después de que usted haya alcanzado su deducible, Healthfirst pagará el 80% del costo restante. Usted pagará el 20% del costo restante.

Con Original Medicare, usted pagará un coseguro del 20% para la mayoría de los servicios para pacientes ambulatorios. Sin embargo, con el Plan 65 Plus de Healthfirst, pagará un copago más bajo para muchos de esos mismos servicios.

# Glosario (continuación)

## **Costos compartidos**

Término general para sus gastos de salud, incluidos los deducibles, el coseguro y los copagos.

## **CT**

La tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) es un procedimiento médico de diagnóstico por imagen en 3D.

## **Deducible**

Importe de dinero que deben pagar algunas personas en concepto de gastos cubiertos cada año antes de que su plan o programa pague cualquier suma por algunos servicios cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

*Ejemplo:* Si su deducible es de \$500, usted debe gastar \$500 en servicios de cuidado médico cubiertos dentro de un año antes de que su plan o programa comience a pagar sus servicios de salud. Su deducible se restablece una vez por año.

## **Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)**

La EOC le brinda detalles sobre lo que su plan cubre, cuánto debe pagar usted y más.

## **Examen de detección de diabetes**

Análisis para determinar si los niveles de azúcar en la sangre son altos.

## **Examen de detección de enfermedades cardiovasculares**

Examen que se realiza para identificar enfermedades cardíacas.

## **Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)**

Un formulario que recibirá y en el que se explican los tratamientos que usted o un dependiente recibieron, la porción del costo que está cubierta según su plan y el monto restante que quizá deba pagar o que ya puede haber pagado directamente a su proveedor.

## **Fecha de entrada en vigencia**

La fecha en la que inicia la cobertura de su plan.

## **Formulario**

Lista de medicamentos recetados (tanto genéricos como de marca) cubiertos por su plan de salud. También se le puede denominar lista de medicamentos recetados de la Parte D.

## **Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)**

La resonancia magnética utiliza un campo magnético potente para crear imágenes detalladas de los órganos y tejidos.

## **Mamografía**

Radiografía de diagnóstico de los pechos.

## **Medicaid**

Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado médico si usted califica para Medicare y Medicaid.

## **Medición de la masa ósea**

Mide la densidad ósea para determinar si un(a) paciente tiene osteoporosis (osteopatía).



# Glosario (*continuación*)

## **Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)**

Tipo de plan de seguro médico. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede ir a los hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico que tienen acuerdos con el plan, excepto en caso de una emergencia. También es posible que deba obtener una remisión de su médico de cuidado primario antes de consultar a un especialista.

## **Original Medicare**

Cobertura de pago por servicio, con la cual el gobierno paga directamente a sus proveedores de cuidado médico por sus beneficios de la Parte A (hospitales) o Parte B (médicos).

## **Paciente ambulatorio**

Paciente que recibe servicios médicos que no requieren pasar una noche en el hospital.

## **Paciente interno**

Una estadía hospitalaria como paciente interno es cuando el médico lo(a) admite en el hospital para brindarle tratamiento.

## **Pago complementario (o copago)**

Una tarifa que usted paga cada vez que va al médico, surte sus medicamentos recetados o recibe otros servicios.

*Ejemplo:* Si su plan tiene un copago de \$20 por consulta a un médico de cuidado primario, usted debe pagar \$20 para realizarse un control con su proveedor de cuidado primario (PCP).

## **Parte B**

Cobertura de Medicare que cubre servicios preventivos y médicamente necesarios.

## **Parte D**

Agrega la cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes de pago por servicio privados de Medicare y Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Estos planes se ofrecen mediante compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare.

Los Planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados que cumplen las mismas reglas que los Planes de medicamentos recetados de Medicare.

## **Período de beneficios**

Comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) y finaliza cuando se le da el alta. Si usted va a un hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

## **Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)**

Los planes de necesidades especiales de Medicare son un tipo de plan Medicare Advantage diseñados para determinados tipos de personas que tengan Medicare. Algunos planes de necesidades especiales son para personas con determinadas enfermedades y afecciones crónicas, algunos son para personas que tienen Medicare y Medicaid, y algunos son para personas que viven en una institución, como un hogar para personas mayores.

# Glosario (*continuación*)

## **Prima**

Importe de dinero que algunos miembros pagan mensual, trimestral o bianualmente para recibir cobertura por parte de un programa o plan de seguro médico.

## **Programa de Ahorros de Medicare**

Programa de Medicaid que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar una parte o la totalidad de sus primas, deducibles y coseguro de Medicare.

## **Proveedor de cuidado primario (PCP)**

Su médico primario (también conocido como médico de cuidado primario o PCP) es el médico que le brinda los servicios preventivos y de cuidado médico básicos para asegurarse de que esté saludable. Su médico de cuidado primario coordina la mayor parte de su cuidado, autoriza tratamientos y puede remitirlo(a) a un especialista.

## **Proveedor dentro de la red**

Médicos y hospitales que son parte de la red de Healthfirst y proporcionan cuidado médico a nuestros miembros.

## **Proveedor fuera de la red**

Proveedor de cuidado médico (médico u hospital) que no forma parte de la red de nuestro plan. Generalmente, usted pagará más si consulta a un proveedor que no forme parte de la red de su plan.

## **Red**

Grupo de médicos y hospitales que se contrata para ofrecer servicios de cuidado médico a los miembros de un plan de salud.

## **Remisión**

Pedido por escrito de parte de su médico de cuidado primario para que usted vea a un especialista o reciba determinados servicios. En muchos planes HMO, usted necesita obtener una remisión antes de recibir cuidado, excepto de parte de su médico de cuidado primario. Si usted no recibe primero una remisión, es posible que el plan no pague por su cuidado.

Con el Plan 65 Plus de Healthfirst, puede consultar a un especialista sin solicitarle una remisión a su médico.

## **Servicio cubierto**

Servicio al que tiene derecho y que su plan cubrirá conforme los términos de su plan.

## **Servicios de cuidado preventivo**

Servicios que usted recibe de un médico que le ayudan a prevenir una enfermedad o a identificarla mientras es más fácil de tratar. Conforme a la Reforma de los Servicios de Salud, su plan de seguro cubre el 100% de la mayoría de estos servicios, lo que significa que no tendrá que pagarlos usted.

## **Subsidio**

Asistencia monetaria para ayudarle a pagar gastos de seguro médico, provistos en forma de crédito fiscal reembolsable.

Healthfirst Health Plan, Inc. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación al respecto cuando sea necesario.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El área de servicio del Plan Medicare de Healthfirst incluye el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island y los condados de Nassau y Westchester. Los planes pueden variar según el condado.

SilverSneakers y el logotipo del zapato de SilverSneakers son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2019 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos nosotros y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que están cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale los folletos del Resumen de beneficios a los otros planes. O utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). También puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010, o al 1-888-867-4132 para los usuarios de TTY, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-888-260-1010, TTY number 1-888-542-3821, 7 days a week, from 8am to 8pm.

本資訊有其他語言版本供免費索取。請致電我們的會員服務部，服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時，電話號碼是1-888-260-1010，聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821。

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y en letra grande. Este documento puede estar disponible en otros idiomas además del español. Para obtener más información, llámenos al 1-888-260-1010.

This document is available in other formats, such as braille and large print. This document may be available in a non-Spanish language. For additional information, call us at 1-888-260-1010.

本文件可以其他形式提供，例如盲文及大字印本。本文件可能有英語之外的其他語言文本。如需更多資訊，請給我們來電，電話號碼是1-888-260-1010。

## Aviso de no discriminación

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. Healthfirst no excluye, ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
  - Información en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros)
- Servicios gratuitos de idioma para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Healthfirst al **1-866-305-0408**.  
Para usar los servicios TTY, llame al **1-888-867-4132**.

Si usted cree que Healthfirst no ha proporcionado estos servicios o le ha tratado de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante Healthfirst por:

- Correo postal: Healthfirst Member Services, PO Box 5165, New York, NY, 10274-5165
- Teléfono: **1-866-305-0408** (para servicios de TTY, llame al 1-888-867-4132)
- Fax: 1-212-801-3250
- En persona: 100 Church Street, New York, NY 10007
- Correo electrónico: <http://healthfirst.org/members/contact/>

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En la página web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Por teléfono: **1-800-368-1019** (TTY 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)۔	Urdu





