

2021

Aviso anual de cambios

Atención Integral (HMO SNP)

**Ciudad de Nueva York y condados de Nassau,
Orange, Rockland, Sullivan y Westchester**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc. (Plan Medicare de Healthfirst)

Aviso Anual de Cambios para 2021

Actualmente está inscrito como miembro de Atención Integral de Healthfirst. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto informa sobre los cambios.*

Lo que debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
 - Consulte la sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.
 - ¿Se cubrirán los medicamentos?
 - ¿Alguno de los medicamentos tiene nuevas restricciones, como por ejemplo, nuestra aprobación antes de surtir la receta?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y busque en la sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; de esa forma, puede ahorrar en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.medicare.gov/drugprices). Estos paneles destacan los fabricantes que han estado aumentando los precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red?

- ¿También están los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la sección 1.3 para obtener información sobre nuestro directorio de proveedores.
- Piense en los costos generales del cuidado de la salud.
- ¿Cuánto dinero gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Evalúe si está conforme con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes
- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al dorso del manual Medicare y usted.
 - Consulte la sección 2.2 para obtener más información sobre sus elecciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan
- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, estará inscrito en el Atención Integral de Healthfirst.
 - Si quiere **cambiar a un plan diferente** que puede satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la sección 2.2, página 10, para obtener más información sobre sus elecciones.
- 4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**
- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, estará inscrito en el Atención Integral de Healthfirst.
 - Si se une a otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente del plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y chino.
- Por favor, comuníquese con nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010 para información adicional. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132. El horario de atención es: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.: 7 días a la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos braille o letras grandes. Llame a Servicios a los Miembros mediante el número que se indicó antes si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Atención Integral de Healthfirst

- Healthfirst Health Plan, Inc. es un plan HMO con un contrato con Medicare y uno con el programa Medicaid de Nueva York para coordinar sus beneficios de Medicaid. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Healthfirst Health Plan, Inc. (Plan Medicare de Healthfirst). Cuando se dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Atención Integral de Healthfirst.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los de 2021 para el plan Atención Integral de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encuentre una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 1.1 para obtener detalles.		
Visitas al consultorio médico	Consultas de cuidado primario: Copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta	Consultas de cuidado primario: Copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta
Estadía hospitalaria como paciente interno Incluye cuidado agudo como paciente interno, rehabilitación para paciente interno, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para paciente interno. El cuidado como paciente interno comienza el día que lo hospitalizaron por orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.	Copago de \$0 por cantidad ilimitada de días como paciente interno si es médicamente necesario.	Copago de \$0 por cantidad ilimitada de días como paciente interno si es médicamente necesario.
Parte D: cobertura de medicamentos recetados (Consulte la sección 1.6 para obtener detalles).	Deducible: \$0 Sin copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura: Para medicamentos genéricos, de marca y especialidad	Deducible: \$0 Sin copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura: Para medicamentos genéricos, de marca y especialidad

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo	\$3,400	\$3,450
Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo para los servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. (Consulte la sección 1.2 para obtener detalles).	Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo para cubrir el gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.	Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo para cubrir el gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.

Aviso Anual de Cambios para 2021
Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	7
SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir	10
Sección 2.1 – Si desea permanecer en el Atención Integral de Healthfirst	10
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	10
SECCIÓN 3 Cambio de plan	11
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	11
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	12
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?	13
Sección 6.1 – Obtenga ayuda de Atención Integral de Healthfirst	13
Sección 6.2 – Obtenga ayuda de Medicare	14
Sección 6.3 – Obtenga ayuda de Medicaid	14

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima Mensual	\$0	\$0
(Usted también debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague en su nombre).		

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de "gastos de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "gasto máximo de bolsillo". Una vez que alcanza este gasto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo	\$3,400	\$3,450
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo para cubrir el gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B.		Una vez que haya pagado \$3,450 el gasto de bolsillo para cubrir los servicios de la Parte A y Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.
Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para cubrir el gasto máximo de bolsillo. Los costos por medicamentos recetados no cuentan para cubrir el gasto máximo de bolsillo.		

Sección 1.3 –Cambios en la red de proveedores

Se realizarán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Puede encontrar un directorio actualizado de proveedores en nuestro sitio web HFDocFinder.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos un directorio de proveedores. **Consulte el directorio de proveedores de 2021 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos lo posible para avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a uno nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado para que continúe atendiendo sus necesidades de cuidado médico.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no está recibiendo el cuidado adecuado, tiene derecho a presentar una apelación respecto de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su cuidado.

Sección 1.4 –Cambios en la red de farmacias

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

Encuentre un directorio actualizado de farmacias en nuestro sitio web: HFDocFinder.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores del plan, o solicitar que le enviemos un directorio de farmacias por correo. **Consulte el directorio de farmacias de 2021 para ver las que están en nuestra red.**

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

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el capítulo 4, *Tabla de beneficios (lo que está cubierto)*, en la evidencia de cobertura de 2021. Encuentre una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Acupuntura	<u>No</u> se requiere autorización previa.	Es posible que se requiera autorización previa.
Quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B	Los medicamentos de la Parte B de Medicare <u>no</u> están sujetos a los requisitos de la terapia en etapas.	Es posible que los medicamentos de la Parte B de Medicare estén sujetos a los requisitos de la terapia en etapas.
Artículos de venta sin receta (OTC), alimentos y productos saludables	Asignación de \$150 mensual para medicamentos de venta sin receta aprobados por Healthfirst y artículos de salud, y alimentos y productos saludables comprados en comercios que participen en el programa.	Asignación de \$155 mensual para medicamentos de venta sin receta aprobados por Healthfirst y artículos de salud, y alimentos y productos saludables comprados en comercios que participen en el programa.
Examen de la vista de rutina	El examen de la vista de rutina <u>no</u> está cubierto.	Copago de \$0 por examen de la vista de rutina para anteojos por año

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Anteojos de rutina	Los anteojos de rutina no están cubiertos.	Copago de \$0 por armazones y lentes cubiertos (es decir, armazones y lentes estándar dentro de la colección de categoría "Moda") por año O asignación de un beneficio de \$175 para actualización de armazones no incluidos en las categorías de las colecciones del plan, pero que se adquieren de un proveedor participante de la red.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra disponible en nuestro sitio web (HFMedicareMaterials.org).

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

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

- **Trabaje en colaboración con su médico (u otra persona que escribe la receta) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - A fin de obtener información para solicitar una excepción, consulte el capítulo 9 de la *evidencia de cobertura (Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al departamento de Servicios a los Miembros.
- **Trabaje en colaboración con su médico (u otra persona que escribe la receta) para encontrar otro medicamento** que cubrimos. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar la suspensión del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener

un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el capítulo 5, sección 5.2 de la *evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de una medicina, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si usted fue aprobado para obtener una excepción al formulario en 2020, la excepción finalizará en la fecha final de la cobertura que se indica en la carta de aprobación de determinación de cobertura.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted aún puede recibir asistencia de su médico (u otra persona que escribe la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos ("ayuda adicional"), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le enviamos un adjunto llamado "Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados" (también conocido como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que le informa sobre los costos de los medicamentos. Si obtiene "ayuda adicional", pero no recibió este adjunto antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicios a los Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (Consulte el capítulo 6, de la *evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa inicial de cobertura. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el capítulo 6, de la *evidencia de cobertura*).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	El deducible es de \$435. Su monto deducible es de \$0 o de \$89, según el nivel de "ayuda adicional" que reciba. (Consulte la "Cláusula LIS" para conocer el monto del deducible).	El deducible es de \$445. El monto del deducible es de \$0 porque recibe "ayuda adicional".

Cambios en los costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Etapa 2: Etapa inicial de cobertura Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos, y usted paga su parte. Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (30 días) cuando se surte la receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar.	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar: Para medicamentos genéricos, de marca y especialidad: Usted paga \$0 por receta. Una vez que los costos totales de medicamentos alcancen \$4,020, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).	Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar: Para medicamentos genéricos, de marca y especialidad: Usted paga \$0 por receta. Una vez que los costos totales de medicamentos alcancen \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).

Cambios en la etapa de brecha de cobertura y la de cobertura catastrófica

La etapa de brecha de cobertura y la de cobertura catastrófica son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las dos etapas.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el capítulo 6 de la *evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir

Sección 2.1 – Si desea permanecer en el Atención Integral de Healthfirst

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Atención Integral de Healthfirst.

Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted de 2021*, llame al programa de asistencia de seguro de salud del estado (consulte la sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la sección 6.2).

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

Le recordamos que Healthfirst Health Plan, Inc. (Plan Medicare de Healthfirst) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Será dado de baja automáticamente de Atención Integral de Healthfirst.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será dado de baja automáticamente de Atención Integral de Healthfirst.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios a los Miembros si necesita más información (los números de teléfono se encuentran en la sección 6.1 de este folleto).

- *O bien* 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 cancelen su inscripción. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 3 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la *evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Health Insurance Information Counseling and Assistance Program o HIICAP.

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos para personas con Medicare. Los consejeros de HIICAP pueden responder sus preguntas o ayudarlo a resolver problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones que tiene con el plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Comuníquese con HIICAP al 1-800-701-0501. Para obtener más información sobre HIICAP, visite el sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Programa de Medicaid del Departamento de Salud del estado de Nueva York:

Condado	Teléfono	Horario de atención
Ciudad de Nueva York	Línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) 1- 888-692-6116 o 1-718-557-1399	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Nassau	Medicaid 1-516-227-8000	De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 3:45 p.m.
Orange	Medicaid 1-845-291-4000	De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.
Rockland	Unidad de Medicaid 1-845-364-3040	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Sullivan	Medicaid 1-845-292-0100 o 1-845-292-5910	De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.
Westchester	Información general/Centro de información de administración de casos (CMIC, por sus siglas en inglés) 1-914-995-5000 o 1-914-995-3333	De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.

Consulte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene la cobertura de Medicaid del estado de Nueva York.

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Podría calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se indican diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con Medicaid, ya está inscrito en la "ayuda adicional, también llamada subsidio por bajos ingresos. La ayuda adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted califica, no tiene ninguna brecha de cobertura ni multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.; los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC), que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa de asistencia de seguro de salud del estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la sección 4 de este folleto).
 - **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos elegibles para ADAP con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia estatal y status de VIH, una prueba de bajos ingresos según lo definido por el estado, y un comprobante de no tener seguro o de tener un seguro que no provee la suficiente cobertura. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del HIV Uninsured Care Programs. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad o los medicamentos cubiertos, o para inscribirse en el programa, comuníquese con HIV Uninsured Care Programs al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 – Obtenga ayuda de Atención Integral de Healthfirst

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010. (Los usuarios de teletipo [TTY] deben llamar al 1-888-867-4132). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.: 7 días a la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Consulte la evidencia de cobertura de 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para 2021. Para obtener más detalles, consulte la evidencia de cobertura de 2021 del Atención Integral de Healthfirst. La *evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. En ella, se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encuentre una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en HFMedicareMaterials.org. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (directorío de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Obtenga ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Consulte el manual *Medicare y usted de 2021*

Consulte el manual *Medicare y usted de 2021*. Durante el otoño de cada año, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Para obtener una copia de este folleto, visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3 – Obtenga ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, llame al Programa de Medicaid del Departamento de Salud del estado de Nueva York (los números de teléfono se encuentran en la sección 4 de este folleto).



Healthfirst Medicare Plan
P.O. Box 5165
New York, NY 10274

1-888-260-1010

TTY 1-888-867-4132

(para personas con problemas
de audición o del habla)

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

los 7 días de la semana (oct-mar)

lunes a viernes (abr-sep)