

2019

**Aviso anual  
de cambios**

**Plan de Beneficios Adicionales (HMO)**

**Ciudad de Nueva York y condado de Nassau**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

**El Plan de Beneficios Adicionales (HMO) de Healthfirst es ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc.**

**Aviso Anual de Cambios para 2019**

Actualmente está inscrito como miembro del Plan de Beneficios Adicionales (HMO) de Healthfirst. El año próximo, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

**Qué hacer ahora**

**1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted**

Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.

- Es importante que revise ahora su cobertura para tener la certeza de que se adaptará a sus necesidades el año próximo.
- ¿Los servicios que usted utiliza se ven afectados?
- Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados en el folleto para saber si le afectan.

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de surtir una receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos por usar esta farmacia?
- Revise la Sección 1.6 de la Lista de medicamentos de 2019 para obtener más información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales directos de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

Verifique si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.

- ¿Sus médicos forman parte de nuestra red?
- ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
- Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

Piense en sus costos generales del cuidado de salud.

- ¿Cuánto pagará de gastos directos de bolsillo para los servicios y medicamentos recetados que utiliza con frecuencia?
- ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
- ¿Cuál es el costo total de su plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. **COMPARAR:** Conozca otras opciones de plan

Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista al dorso de su manual Medicare y usted.
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **ELEGIR: Decida si** quiere cambiar de plan

- Si desea **mantener** el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst, no tiene que hacer nada. Permanecerá en el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en el Plan de Beneficios Adicionales (HMO) de Healthfirst.
- Si **se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2019.

## Recursos adicionales

- Este documento también está disponible de manera gratuita en inglés y chino. Comuníquese con nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132). Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- This document is available for free in Spanish and Chinese. Please contact Member Services at 1-888-260-1010 for additional information. TTY users should call 1-888-542-3821. Hours are 7 days a week, from 8am to 8pm.
- 本文件有西班牙文及中文版本供免費索取。如需更多資訊，請聯絡我們的會員服務部，電話號碼是1-888-260-1010。（聽力語言殘障服務用戶請致電TTY 1-888-542-3821）。服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時。
- Esta información está disponible en diferentes formatos, tales como Braille y letra grande. Llame a Servicios a los Miembros al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

## Acerca del Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst

- Healthfirst Health Plan, Inc., bajo el nombre comercial Plan Medicare de Healthfirst, 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.

Cuando en este folleto se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia al Plan Medicare de Healthfirst. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst.

## Resumen de costos importantes para el 2019

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2018 con los costos del año 2019 para el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso Anual de Cambios** y revise la Evidencia de Cobertura llamando a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visitando nuestro sitio web ([www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org)) para saber si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>*Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$29,70	\$39,30
<p><b>Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo</b></p> <p>Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar por gastos directos de bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$6,700	\$6,700
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p><b>Consultas de cuidado primario:</b> \$0 por consulta</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> \$40 por consulta</p>	<p><b>Consultas de cuidado primario:</b> \$0 por consulta</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> \$40 por consulta</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b> Incluye servicios de hospital de cuidados agudos, rehabilitación, cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes internos. El cuidado hospitalario para pacientes internos comienza el día en que es hospitalizado formalmente con un orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.</p>	<p>\$360 por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 por día para el día 6 en adelante</p> <p>\$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios</p>	<p>\$372 por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 por día para el día 6 en adelante</p> <p>\$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p><b>Deducible:</b> \$405</p> <p><b>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos Genéricos y de Marca:</b> coseguro del 25%</li> </ul>	<p><b>Deducible:</b> \$415</p> <p><b>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos Genéricos y de Marca:</b> coseguro del 25%</li> </ul>

***Aviso Anual de Cambios para 2019***  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para el 2019 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....</b>	<b>4</b>
Sección 1.1: cambios en la prima mensual .....	4
Sección 1.2: cambios en la cantidad máxima de gastos directos 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 costos y beneficios para servicios médicos .....	6
Sección 1.6: cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	8
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>12</b>
Sección 2.1: si desea permanecer en el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst.....	12
Sección 2.2: si desea cambiar de plan.....	12
<b>SECCIÓN 3 Plazos límite para el cambio de plan.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas.....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1: cómo obtener ayuda del Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst .....	15
Sección 6.2: cómo obtener ayuda de Medicare .....	15

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

### Sección 1.1: cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted tiene que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$29,70	\$39,30

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos mayores, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados.

### Sección 1.2: cambios en la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo

A fin de brindarle protección, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que debe pagar de “gastos directos de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “cantidad máxima de gastos directos de bolsillo”. Por lo general, una vez que alcanza este monto no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo</b>  Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo.	\$6,700	\$6,700  Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos directos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.



---

### Sección 1.3: cambios en la red de proveedores

---

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Encontrará un Directorio de Proveedores y Farmacias actualizado en nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org). También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o pedir que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con un mínimo de 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidado médico.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

---

### Sección 1.4: cambios en la red de farmacias

---

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Encontrará un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado en nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org). También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o pedir que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores y Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2019 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

## Sección 1.5: cambios en los costos y beneficios para servicios médicos

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios. Si desea obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura* de 2019. Puede obtener una copia de la Evidencia de Cobertura si llama a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visita nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Comidas para después de la hospitalización</b>	Las comidas para después de la hospitalización <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 para recibir hasta 42 comidas en su hogar durante un máximo de 14 días después del alta del hospital. La cobertura se limita a una vez por año.
<b>Tecnologías basadas en la web o en el teléfono (Teladoc)</b>	Las tecnologías basadas en la web o en el teléfono (Teladoc) <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 para hablar con un médico certificado por el Colegio Médico por problemas médicos que no sean de emergencia ya sea por teléfono, por video seguro a través de su computadora personal o mediante un dispositivo móvil como una tableta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Acupuntura</b>	La acupuntura <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$0  Los beneficios cubiertos incluyen hasta quince (15) sesiones de acupuntura por año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>Usted paga un copago de \$360 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día desde el día 6 en adelante.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.</p>	<p>Usted paga un copago de \$372 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día desde el día 6 en adelante.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.</p>
<b>Servicios psiquiátricos para pacientes internos</b>	<p>Usted paga un copago de \$270 por día para los días 1 a 6.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 190.</p>	<p>Usted paga un copago de \$276 por día para los días 1 a 6.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 7 a 190.</p>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$167.50 por día para los días 21 a 100.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 a 20.</p> <p>Usted paga un copago de \$172 por día para los días 21 a 100.</p>
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca intensivos</b>	Usted paga un copago de \$30.	Usted paga un copago de \$0.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p><b>Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta por el Pago por Servicio de Medicare.</p>	<p>La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta por el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 para recibir hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas. Tendrá cobertura si cumple con los requisitos del programa de SET.</p>
<p><b>Servicios de atención de emergencia y cobertura de emergencias en todo el mundo</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$80.</p>	<p>Usted paga un copago de \$90.</p>
<p><b>Servicios de urgencia y cobertura de servicios de urgencia en todo el mundo</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$35.</p>	<p>Usted paga un copago de \$40.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos sin receta y de venta libre</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Cobertura total hasta \$120 por año (\$10 por mes) para medicamentos sin receta, de venta libre y otros artículos relacionados con la salud aprobados por Healthfirst en las farmacias participantes.</p>	<p><u>No</u> están cubiertos los medicamentos sin receta y de venta libre.</p>

**Sección 1.6: cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

**Cambios en la Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Tendrá a su disposición una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico.

**Puede obtener la Lista de medicamentos** llamando a Servicios a los Miembros (vea el dorso del folleto) o visitando nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org).

Hicimos cambios en la Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

**Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el año próximo y para comprobar si habrá restricciones.**

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, tiene estas opciones:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
  - Si desea obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios a los Miembros.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Puede llamar a Servicios a los Miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no esté en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si le aprobaron una excepción al formulario en 2018, la excepción terminará en la fecha de finalización de la cobertura, indicada 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, podemos aplicar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo sustituimos al mismo tiempo por un nuevo medicamento genérico que tenga las mismas restricciones o menos. Además, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos pero agregar nuevas restricciones. Esto significa que, si usted está tomando el medicamento de marca que se sustituye por el nuevo medicamento genérico (o si la restricción del medicamento de marca cambia), ya no siempre recibirá un aviso sobre el cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso puede llegar después de que el cambio se haya aplicado.

Además, a partir de 2019, antes de que apliquemos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que requieran que le mandemos un aviso por adelantado si está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30 días antes, en lugar de 60 días antes, de que realicemos el cambio. También podemos darle un resurtido para 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando aplicamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede comunicarse con su médico (u otra persona autorizada a recetar) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y le proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos aplicar a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura).

### Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si participa en un programa que 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 su caso.** Le enviamos un inserto separado, denominado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocido como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2018, llame a Servicios a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios a los Miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios para el año próximo en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de la cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b> Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la <b>Parte D</b> hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de \$405.	El deducible es de \$415.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Para enterarse cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos directos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.*

<b>Etapa</b>	<b>2018 (este año)</b>	<b>2019 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta fila son de un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de pedido de recetas por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Genéricos y de Marca:</b></p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,750, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de la cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p><b>Medicamentos Genéricos y de Marca:</b></p> <p>Usted paga el 25% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción de la cobertura).</p>

**Cambios en la Etapa de interrupción de la cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de interrupción de la cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa de interrupción de la cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura.*

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: si desea permanecer en el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst

No es necesario que haga nada para seguir inscrito en nuestro plan. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

### Sección 2.2: si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

#### Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2019 (Medicare y usted 2019)*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Recuerde, el Plan Medicare de Healthfirst ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan. Su inscripción en el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir uno de estos pasos:



- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este folleto).
- O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **SECCIÓN 3 Plazos límite para el cambio de plan**

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el año próximo, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

#### **¿Hay otros períodos del año para cambiar de plan?**

En ciertas situaciones, también se pueden realizar cambios en otros períodos del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o que dejarán la cobertura de un empleador y las que se muden fuera del área de servicio pueden cambiarse en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Nota: si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiarse de plan.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

### **SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguro Médico (HIICAP, por sus siglas en inglés).

El HIICAP es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. Para obtener más información sobre el HIICAP, visite su sitio web ([www.aging.ny.gov/healthbenefits](http://www.aging.ny.gov/healthbenefits)).

## SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” para pagar el costo de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-887-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas de edad avanzada (EPIC, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos vitales para el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos requisitos, incluidos la prueba de residencia en el estado y del estatus de VIH, y deben tener bajos ingresos según lo definido por el estado, no poseer un seguro o poseer un seguro deficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados a través de los **Programas de Cuidado sin Seguro para VIH, ADAP**. Para obtener información sobre los requisitos de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la manera de inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

---

## **SECCIÓN 6 Preguntas**

---

---

### **Sección 6.1: cómo obtener ayuda del Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst**

---

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarle. Llame a Servicios a los Miembros al 1-866-260-1010 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132). Estamos disponibles para llamadas telefónicas 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2019 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2019 para el Plan de Beneficios Adicionales de Healthfirst. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener su cobertura de servicios y medicamentos recetados. Puede obtener una copia de la *Evidencia de Cobertura* si llama a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visita nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org).

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org). Recuerde, nuestro sitio web cuenta con la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

---

### **Sección 6.2: cómo obtener ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre

los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

**Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019)**

Puede leer el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y usted 2019). Todos los años, en otoño, 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 responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.









**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)

los 7 días de la semana,

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