

2019

**Aviso anual
de cambios**

Atención Integral (HMO SNP)

**Ciudad de Nueva York y
condados de Nassau y Westchester**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

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

Aviso Anual de Cambios para 2019

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
 - 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 las Secciones 1 y 2 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 a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de surtir su 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 precios de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de costos más bajos que puedan estar disponibles para usted; esto puede ayudarlo a ahorrar sus gastos anuales directos de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos paneles destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran la información de precios del medicamento 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 se encontrarán en 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 acerca de los costos generales del cuidado de salud.

- ¿Cuánto pagará de gastos directos de su 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 se encuentra conforme con nuestro plan.

2. **COMPARAR:** Conozca sobre 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 3.2 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 su plan

- Si desea **mantener** el Plan de Atención Integral de Healthfirst, no tiene que hacer nada. Permanecerá en el Plan Atención Integral de Healthfirst.
- Si quiere **cambiarse a un plan diferente** que pueda cubrir mejor sus necesidades, puede hacer a partir de hoy y hasta el 31 de diciembre. Para obtener más información sobre las opciones a su disposición, consulte la Sección 3.2, página 12.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, inscríbase en un plan a partir de hoy y el **31 de diciembre de 2018**.

- Si **no se cambia a otro plan hasta el 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Atención Integral de Healthfirst.
- Si **se cambia a otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará a funcionar a partir del primer día del mes siguiente.
- A partir de 2019, existen nuevos límites en la cantidad de veces que usted puede cambiarse de plan. Obtenga más información en la Sección 3.2 página 12.

Recursos adicionales

Este documento también está disponible de manera 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).

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

This document is available for free in Spanish and Chinese.

Please contact our Member Services number 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, entre ellos, formato Braille y en 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 Atención Integral de Healthfirst

- Healthfirst Health Plan, Inc., bajo el nombre comercial Plan Medicare de Healthfirst, es un plan HMO con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Nueva York. 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 Atención Integral de Healthfirst.

OMB Approval 0938-1051 (Pending OMB Approval)
H3359_LGL19_04(sp) 034 1393-18_M

Resumen de costos importantes para el 2019

En la tabla a continuación, se comparan los costos del año 2018 con los costos del año 2019 para el Plan de Atención Integral 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) para saber si otro cambio de beneficio o costo le afecta. Si califica para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 en concepto de su deducible, visitas al consultorio médico y hospitalizaciones.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	<p>\$0 o \$39.00</p> <p>(Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid o un tercero).</p>	<p>\$0</p> <p>(Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid o un tercero).</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Consultas de cuidado primario: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas al especialista: copago de \$0 por consulta</p>	<p>Consultas de cuidado primario: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas al especialista: copago de \$0 por consulta</p>
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios de hospital de cuidados agudos, rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes internos. La atención hospitalaria para pacientes internos comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.</p>	<p>Deducible de \$0</p> <p>Copago de \$0 por día por días ilimitados como paciente hospitalizado mientras sea médicamente necesario.</p>	<p>Deducible de \$0</p> <p>Copago de \$0 por día por días ilimitados como paciente hospitalizado mientras sea médicamente necesario.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Según su "Ayuda Adicional", usted paga los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0 o hasta \$405</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca considerados genéricos): - un copago de \$0 o - un copago de \$1.25 o - un copago de \$3.35 o hasta - un 25% de coseguro</p> <p>Para todos los demás medicamentos: - un copago de \$0 o - un copago de \$3.70 - un copago de \$8.35 o hasta - un 25% de coseguro</p>	<p>Según su "Ayuda Adicional", usted paga los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0 o hasta \$415</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca considerados genéricos): - un copago de \$0 o - un copago de \$1.25 o - un copago de \$3.40 o hasta - un 25% de coseguro</p> <p>Para todos los demás medicamentos: - un copago de \$0 o - un copago de \$3.80 o - un copago de \$8.50 o hasta - un 25% de coseguro</p>
<p>Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$3,400</p> <p>No debe pagar ningún gasto directo de bolsillo para llegar a la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$3,400</p> <p>No debe pagar ningún gasto directo de bolsillo para llegar a la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para el 2019		1
SECCIÓN 1	Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	4
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	6
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
SECCIÓN 2	Cambios en sus beneficios de Medicaid	13
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	13
Sección 3.1:	si desea permanecer en el Plan de Atención Integral de Healthfirst	13
Sección 3.2:	si desea cambiar de plan	13
SECCIÓN 4	Cambiar de plan	14
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	15
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 7	Preguntas	16
Sección 7.1:	cómo obtener ayuda del Plan de Atención Integral de Healthfirst	16
Sección 7.2:	cómo obtener ayuda de Medicare	17
Sección 7.3:	cómo obtener ayuda de Medicaid	17

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)
Prima mensual	\$0 o \$39.00	\$0
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).		

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”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, 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)
Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo	\$3,400	\$3,400
Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo de gastos directos de bolsillo.		
No debe pagar ningún gasto directo de bolsillo para llegar a la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.		

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de sus gastos directos de bolsillo.</p>		

Sección 1.3: cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. En nuestro sitio web pueden encontrar un Directorio de Proveedores/Farmacias actualizado, en www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores, o bien pedir que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores/Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores/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 por enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 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 presentar una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- 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

Las cantidades 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/Farmacias actualizado en nuestro sitio web www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores, o bien pedir que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores/Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores/Farmacias de 2019 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

Tenga en cuenta que en el *Aviso Anual de Cambios* solo se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

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 (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura para 2019*. Una copia de la Evidencia de Cobertura está disponible y puede obtenerla llamando a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visitando nuestro sitio web www.HFMedicareMaterials.org.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Artículos de venta sin receta	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Cobertura total hasta \$900 por año (\$75 por mes) para Healthfirst medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados por Healthfirst y comprados en lugares participantes.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Cobertura total hasta \$1,400 por año (\$120 por mes) para Healthfirst medicamentos de venta libre y artículos relacionados con la salud aprobados por Healthfirst y comprados en farmacias participantes.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Beneficio de acondicionamiento físico (SilverSneakers)	El Beneficio de acondicionamiento físico <u>no</u> se cubre.	Usted paga un copago de \$0 para acceder a la red de SilverSneakers® que incluye centros de acondicionamiento físico, clases grupales de ejercicio, clases en parques y lugares comunitarios y kits para el hogar.
Tecnologías basadas en la web o en el teléfono (Teladoc)	Las tecnologías basadas en la web/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 para problemas médicos que no sean emergencia ya sea por teléfono, por video seguro a través de su computadora personal o usando un dispositivo móvil como una tableta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Acupuntura	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los beneficios cubiertos incluyen hasta doce (12) sesiones de acupuntura por año.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los beneficios cubiertos incluyen hasta treinta (30) sesiones de acupuntura por año.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)	La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta por el pago por servicio de Medicare.	La terapia de ejercicio supervisada (SET) está cubierta por el Plan de Atención Integral de Healthfirst. Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 36 sesiones durante un período de 12 semanas; tiene cobertura si se cumplen los requisitos del programa de SET.

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”. Encontrará una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. **Puede obtener la lista completa de medicamentos** llamando a Servicios a los Miembros (vea el dorso del folleto) o visitando nuestro sitio web en www.HFMedicareMaterials.org.

Hicimos cambios en nuestra 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 vayan a cubrirse el año próximo y para comprobar si existen 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 pedir 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 persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** 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 brecha 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 aprobaran 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, al mismo tiempo, lo sustituimos por un nuevo medicamento genérico con las mismas restricciones o menos restricciones. 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), no seguirá recibiendo siempre un aviso sobre el cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, sí 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 requiera 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. O le daremos 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 trabajar con su médico (u otra persona que le extienda la receta) 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 requerida 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. Debido a que 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 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios a los Miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto 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 próximo año 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 del período de interrupción de la cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o 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)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$405.</p> <p>El monto de su deducible es de \$0 u \$83, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el correo aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$415.</p> <p>El monto de su deducible es de \$0 u \$85 según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el correo aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para enterarse cómo funcionan los copagos y los coseguros, 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*.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</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 usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta sección son para 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 por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0 o - un copago de \$1.25 o - un copago de \$3.35 o hasta - un 25% de coseguro <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0 o - un copago de \$3.70 - un copago de \$8.35 o hasta - un 25% de coseguro <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Para medicamentos genéricos (que incluyen medicamentos de marca considerados genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0 o - un copago de \$1.25 o - un copago de \$3.40 o hasta - un 25% de coseguro <p>Para todos los demás medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un copago de \$0 o - un copago de \$3.80 o - un copago de \$8.50 o hasta - un 25% de coseguro <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período de interrupción de la cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa del período interrupción de la cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas que pagan costos altos por sus medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de estas etapas.**

Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios en sus beneficios de Medicaid

- Usted está autorizado a recibir servicios cubiertos adicionales de Medicaid por 40 visitas al año para fisioterapia.
- Tendrá disponibles servicios y apoyos a largo plazo basados en la comunidad. Para obtener más información sobre estos beneficios, diríjase a la sección 2.2 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: si desea permanecer en el Plan de Atención Integral de Healthfirst

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

Sección 3.2: 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 cambiar a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se cambia a Medicare Original, 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 y usted 2019*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área a través del Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a <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 un **plan de salud de Medicare diferente**, debe inscribirse en el nuevo plan de salud. Su inscripción en el Plan de Atención Integral de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el Plan de Atención Integral de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original 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 7.1 de este folleto).
 - *O bien* 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.

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

SECCIÓN 4 Cambiar de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original 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: a partir del 1 de enero de 2019, si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está a gusto con su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con una cobertura para medicamentos recetados de Medicare o sin esta) o cambiarse a Medicare Original (con una cobertura para medicamentos recetados de Medicare o sin esta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 de Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a HIICAP al 1-800-701-0501. Puede obtener más información sobre el HIICAP en su sitio web en www.aging.ny.gov/healthbenefits.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid del estado de Nueva York, comuníquese con el Programa Medicaid del Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-505-5678, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 10:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541 Pregunte cómo se verá afectada su cobertura de Medicaid del estado de Nueva York si se inscribe en otro plan o si vuelve a Medicare Original.

SECCIÓN 6 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. Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda Adicional”, que también se conoce como Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Adicional paga parte de sus primas de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Debido a que usted califica, no tiene una interrupción de la cobertura o una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- 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 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 Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados de acuerdo con la necesidad económica, la edad o la 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 5 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para 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 accedan a medicamentos para el VIH esenciales. Los individuos deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y la condición sin seguro o infraseguro. 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 Atención Médica sin Seguro para VIH, ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1: cómo obtener ayuda del Plan de Atención Integral de Healthfirst

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarle. Llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132). Estamos disponibles para las 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 Atención Integral 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 sus servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* está disponible y puede obtenerla llamando a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visitando nuestro sitio web www.HFMedicareMaterials.org.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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 de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare y usted 2019*

Puede leer el manual *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.

Sección 7.3: cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-505-5678, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m., sábados de 10 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-329-1541.



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.