

# 2022

# **Aviso anual de cambios**

**Plan de Beneficios Coordinados (HMO)**

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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

# Plan de Beneficios Coordinados (HMO) de Healthfirst ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc. (Plan Medicare de Healthfirst)

## Aviso Anual de Cambios para 2022

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

- **Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

### 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.
- 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](http://www.medicare.gov/plan-compare).
- Revise la lista al dorso del manual Medicare y usted de 2022.
- 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 2021, estará inscrito en el plan Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.
- Para cambiar a un **plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

**4. INSCRÍBASE:** Para cambiar de planes, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, estará inscrito en el plan Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.
- Si se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. Se lo dará de baja automáticamente del plan actual.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible de forma 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 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 al 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca de Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst**

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

- Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Healthfirst Health Plan, Inc. (Healthfirst). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.

H3359\_LGL22\_01 027 0622-21\_M

## Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 y los de 2022 para Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Encuentre una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [HFMedicareMaterials.org](http://HFMedicareMaterials.org). También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<b>Prima mensual del plan</b> (Consulte la sección 1.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
<b>Gasto máximo de bolsillo</b> 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).	\$7,550	\$7,550
<b>Visitas al consultorio médico</b>	Consultas de cuidado primario: Copago de \$10 por consulta  Consultas con especialistas: Copago de \$35 por consulta	Consultas de cuidado primario: Copago de \$10 por consulta  Consultas con especialistas: Copago de \$35 por consulta
<b>Estadía hospitalaria como paciente interno</b> 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.	<b>Días 1 a 5:</b> Copago de \$403 por día a partir del día de ingreso  <b>Días 6 y posteriores:</b> Copago de \$0 por día (no se requieren copagos para el día del alta)	<b>Días 1 a 5:</b> Copago de \$403 por día a partir del día de ingreso  <b>Días 6 y posteriores:</b> Copago de \$0 por día (no se requieren copagos para el día del alta)

***Aviso Anual de Cambios para 2022***  
**Tabla de contenido**

<b>Resumen de costos importantes para 2022 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>3</b>
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual .....	3
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo .....	3
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores .....	3
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos .....	4
<b>SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir .....</b>	<b>6</b>
Sección 2.1 – Si desea permanecer en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst .....	6
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	6
<b>SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>7</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>7</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta? .....</b>	<b>9</b>
Sección 6.1 – Obtenga ayuda de Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst .....	9
Sección 6.2 – Obtenga ayuda de Medicare .....	10

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

### Sección 1.1 –Cambios a la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<b>Prima mensual</b>	\$0	\$0
(Usted también tiene que continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

### 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	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<b>Gasto máximo de bolsillo</b>	\$7,550	\$7,550
Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para cubrir el gasto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 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.

### Sección 1.3 –Cambios en la red de proveedores

Se realizarán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Puede encontrar un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web [HFDocFinder.org](http://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 2022 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 varios motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan, pero, si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene determinados 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.
- Nos esforzaremos de buena fe para avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe atendiendo sus necesidades de cuidado médico.
- Si se está sometiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento médicamente necesario y trabajaremos junto a usted para asegurarnos de que así suceda.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retira del plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su cuidado.

---

## **Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos**

---

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 médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en la *evidencia de cobertura de 2022*.

### **Servicios del programa de tratamiento de drogas opiáceas**

Los miembros de nuestro plan que padecen trastorno por abuso de drogas opiáceas pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un programa de tratamiento de abuso de opiáceos que incluye los siguientes servicios:

- medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de drogas opiáceas aprobados por la FDA;
- suministro y administración de dichos medicamentos (si corresponde);
- asesoramiento sobre el uso de sustancias;
- terapia individual y de grupo;
- pruebas de toxicología;



- actividades relacionadas con la ingesta;
- evaluaciones periódicas.

<b>Costo</b>	<b>2021 (este año)</b>	<b>2022 (el año próximo)</b>
<b>Servicios de ambulancia (terrestre, aérea)</b>	Paga un copago de \$225	Paga un copago de \$275
<b>Cuidado dental</b>	Las coronas, las dentaduras postizas, los tratamientos de conducto y las extracciones son servicios cubiertos (con los límites de los beneficios indicados en la evidencia de cobertura), con autorización previa por necesidad médica. Se cubren los implantes médicamente necesarios.	Las coronas, las dentaduras postizas, los tratamientos de conducto y las extracciones son servicios cubiertos (con los límites de los beneficios indicados en la evidencia de cobertura), sin que sea necesario revisar la necesidad médica. No se cubren los implantes.
<b>Equipo médico duradero (EMD)</b>	El equipo médico duradero se limita a un fabricante preferente.	Es posible que el equipo médico duradero se limite a los fabricantes que ofrecen los proveedores contratados por Healthfirst. Los suministros para pacientes diabéticos se limitan a un fabricante preferente.
<b>Educación para la salud</b>	Cubiertos	No están cubiertos
<b>Audífonos</b>	Tiene una asignación de beneficio de \$500 para ambos oídos cada tres años	Tiene una asignación de beneficio de \$500 para ambos oídos cada año
<b>Exámenes de la audición (de rutina)</b>	Paga un copago de \$35	Paga un copago de \$0
<b>Comidas después del alta</b>	Paga un copago de \$0 para un máximo de 42 comidas durante 14 días después de recibir el alta para volver a casa del hospital para pacientes internos	Paga un copago de \$0 por un máximo de 84 comidas durante 28 días después de recibir el alta para volver a casa del hospital para pacientes internos o del centro de enfermería especializada

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<b>Estadías en un centro de enfermería especializada</b>	Paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20, y un copago de \$184 por día durante los días 21 a 100	Paga un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20, y un copago de \$188 por día durante los días 21 a 100

## SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir

### Sección 2.1 –Si desea permanecer en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst

**Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o si cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.

### Sección 2.2 –Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar en 2022, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en el momento oportuno.
- *O BIEN* puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que deba abonar una posible multa de la Parte D por inscripción tardía.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted de 2022*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) (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](http://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. (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**, inscribese en el nuevo plan. Se lo dará de baja automáticamente de Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se lo dará de baja automáticamente de Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**:
  - Enviarnos 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan**

Si desea cambiarse 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.º de enero de 2022.

### **¿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, las que reciben "ayuda adicional" para pagar los medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o están dejando de recibirla y las que se mudan fuera del área de servicios pueden hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el capítulo 8, sección 2.3 de la *evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022 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.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el capítulo 8, sección 2.2 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) 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 se relaciona 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>).

## 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.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "ayuda adicional" a fin de cubrir los costos de los medicamentos recetados. Si califica, es posible que Medicare pague hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califican no tendrán interrupción en la cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para consultar si reúne los requisitos, 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).

- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?** El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que los individuos elegibles para ADAP con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH. 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 de HIV Uninsured Care Programs (1-800-542-2437). Nota: A fin de calificar para el ADAP que funcione en su estado, 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.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de las inscripciones locales de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o en el número de póliza. Comuníquese con HIV Uninsured Care Programs al 1-800-542-2437. 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 Plan de Beneficios Coordinados 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] debe 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 2022* (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 2022. Para obtener más detalles, consulte la *evidencia de cobertura de 2022* de Plan de Beneficios Coordinados 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](https://www.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](https://www.HFMedicareMaterials.org). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (directorio de proveedores).

---

## **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](https://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](https://www.medicare.gov/plan-compare)).

### **Consulte el manual Medicare y usted de 2022**

Consulte el manual *Medicare y usted de 2022*. 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](https://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.



**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)