

2019  
**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 2019

# El Plan de Beneficios Coordinados (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 Coordinados (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. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo 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 la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- 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 en sus costos del cuidado de salud en general.
  - ¿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 se encuentra satisfecho con nuestro plan.

**2. COMPARE:** 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 en la parte posterior de su manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 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. ELIJA: Decida si quiere cambiar de plan**

- Si desea **mantener** el Plan de Beneficios Coordinados (HMO) de Healthfirst, no tiene que hacer nada. Permanecerá en el Plan de Beneficios Coordinados (HMO) 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. INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.
- Si se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018, su cobertura nueva comenzará el 1 de enero de 2019.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español 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. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- 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。會員服務部還可為不講英語的人士提供免費口譯服務
- 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 mínima esencial (MEC, 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 [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families).**

## Acerca del Plan de Beneficios Coordinados 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 a Healthfirst Health Plan, Inc. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.

## Resumen de costos importantes para 2019

En la tabla que se incluye a continuación, se comparan los costos del año 2018 con los del año 2019 para el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este Aviso Anual de Cambios** y revisar la Evidencia de cobertura, para lo cual debe llamar a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visitar nuestro sitio web ([www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org)), para saber si otros cambios en los beneficios o costos le afectan a usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan</b> (Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
<b>Monto máximo de gastos directos de bolsillo</b> 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).	\$6,700	\$6,700
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	<b>Consultas de cuidado primario:</b> \$10 por consulta  <b>Consultas al especialista:</b> \$35 por consulta	<b>Consultas de cuidado primario:</b> \$10 por consulta  <b>Consultas al especialista:</b> \$35 por consulta
<b>Hospitalizaciones</b>  Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación y de cuidado a largo plazo para pacientes internos, y otros tipos de servicios de hospital para paciente interno. El cuidado en el hospital para pacientes internos comienza el día en que usted es formalmente hospitalizado con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.	\$300 por día para los días 1 a 6  \$0 por día para los días 7 a 90  \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios	\$310 por día para los días 1 a 6  \$0 por día para los días 7 a 90  \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios

---

## ***Aviso Anual de Cambios para 2019***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2019</b> .....	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo</b> .....	<b>3</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	3
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de sus gastos directos de bolsillo.....	3
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores.....	4
Sección 1.4 Cambios en los costos y beneficios para servicios médicos.....	5
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>7</b>
Sección 2.1 Si desea permanecer en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.....	7
Sección 2.2 Si desea cambiar de plan.....	7
<b>SECCIÓN 3 Plazos límites para el cambio de plan</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas</b> .....	<b>9</b>
Sección 6.1 Cómo obtener ayuda del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.....	9
Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	10

## 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>	\$0	\$0
(Usted tiene que continuar pagando su prima de Medicare Parte B).		

### Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo de sus gastos directos de bolsillo

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

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Monto máximo de gastos directos de bolsillo</b>	\$6,700	\$6,700
Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos directos de bolsillo.		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 proveedores para el año próximo. Encontrará un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org). También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 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 que su proveedor podría dejar el plan, pero si su médico o su especialista ya no pertenecen al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos nuestro mejor esfuerzo por proporcionarle 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 su especialista dejarán el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado.



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

El año próximo, cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información que se incluye a continuación describe estos 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 le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2019*. Se encuentra disponible una copia de la *Evidencia de cobertura*; para obtenerla, llame a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Comidas para hospitalización posterior</b>	La hospitalización posterior <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 42 comidas entregadas en su hogar durante hasta 14 días después del alta del hospital. La cobertura se limita a una vez por año.
<b>Tecnologías por teléfono/Internet (Teladoc)</b>	Las tecnologías por teléfono/Internet (Teladoc) <u>no</u> están cubiertas.	Usted paga un copago de \$0 para hablar con un médico certificado por el Colegio Médico sobre problemas médicos que no sean de emergencia, ya sea por teléfono, mediante video seguro a través de su computadora personal o usando un dispositivo móvil, como una tableta, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Hospitalizaciones</b>	Usted paga un copago de \$300 por día para los días 1 a 6. Usted paga un copago de \$0 por día desde el día 7 en adelante. Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.	Usted paga un copago de \$310 por día para los días 1 a 6. Usted paga un copago de \$0 por día desde el día 7 en adelante. Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<b>Servicios en un hospital psiquiátrico 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 emergencia y cobertura de emergencia en todo el mundo</b>	Usted paga un copago de \$80.	Usted paga un copago de \$90.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Usted paga un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca intensivos</b>	Usted paga un copago de \$50.	Usted paga un copago de \$0.
<b>Terapia de ejercicio supervisado (SET, por sus siglas en inglés)</b>	La terapia de ejercicio supervisado (SET) está cubierta por Medicare con pago por servicio.	<p>La terapia de ejercicio supervisado (SET) está cubierta por el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 para hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas. Esto se cubre si se cumplen los requisitos del programa SET.</p>

## SECCIÓN 2    Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1 – Si desea permanecer en el Plan de Beneficios Coordinados 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 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 cambiar 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 (SHIP, por sus siglas en inglés) (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 “Review and Compare Your Coverage Options” (Revise y compare sus opciones de cobertura).

**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 Beneficios Coordinados 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 Coordinados de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 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.

### **SECCIÓN 3 Plazos límites 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 8 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no está conforme con la elección de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 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 que cuenta con consejeros 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. Puede obtener más información sobre el HIICAP en 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- 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).
- 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 de edad avanzada (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 4 de este folleto).
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a los individuos elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales. 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 Cuidados Médicos Sin Seguro para VIH, ADAP**. Nota: para calificar para el ADAP que funciona en su estado, 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.

Si actualmente está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

## **SECCIÓN 6 Preguntas**

### **Sección 6.1 – Cómo obtener ayuda del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst**

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarle. Llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010. (Solo 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 del Plan de Beneficios Coordinados 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. Se encuentra disponible una copia de la *Evidencia de cobertura*; para obtenerla, llame a Servicios a los Miembros (vea el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web [www.HFMedicareMaterials.org](http://www.HFMedicareMaterials.org).

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [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).

---

## **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 ayudarlo 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 & 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 no tiene una copia de este folleto, puede conseguirla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante 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.