

Plan de Beneficios Coordinados (HMO)

Resumen de beneficios 2020

Ciudad de Nueva York
y condado de Nassau
Del 1 de enero de 2020 al
31 de diciembre de 2020


H3359 027

Este plan Medicare Advantage puede ser el adecuado para usted si ya tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente (a menos que sea un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente) y no necesita beneficios de medicamentos recetados de la Parte D. También ofrece beneficios adicionales (como dentales, de la vista, de la audición y transporte de rutina) además de Original Medicare.

Resumen de beneficios

 Prima y deducible

\$0 Prima mensual
Deducible anual

 Consultas médicas
(cuidado primario)

\$10 Copago

 Servicios dentales*

\$5 Copago


 Cuidado de especialista


 Servicios de la audición de rutina


\$35 Copago

 Servicios de la vista de rutina

 Servicios de transporte de rutina

 Acceso al cuidado las 24 horas
del día, los 7 días de la semana
mediante la Línea de Ayuda de
Enfermería y Teladoc

 Comidas para después de recibir
el alta

 Programa de ejercicio físico
SilverSneakers®

\$0 Copago

*Copago de \$5 para cuidado preventivo y de \$5 a \$150 para servicios dentales integrales.

Índice

Descripción general del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	4
Contactos útiles.....	5
Información útil	6
Primas, deducibles y gastos directos de bolsillo	7
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos por el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst.....	8
Preguntas frecuentes acerca del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	18
Estamos presentes en su comunidad.....	20
Glosario	21

Descripción general del Plan de Beneficios Coordinados (HMO) de Healthfirst

El Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst les ofrece a los miembros una gran variedad de beneficios además de los que incluye **Original Medicare**, incluidos servicios dentales de rutina e integrales, la cobertura de servicios para la audición y audífonos, la cobertura de servicios de la vista, anteojos o lentes de contacto, servicios de transporte de rutina, comidas para después de recibir el alta, programa de ejercicio físico SilverSneakers® y acceso al cuidado las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante la Línea de Ayuda de Enfermería y Teladoc. Este plan puede ser una buena opción para usted si no desea agregar cobertura de medicamentos recetados porque ya tiene cobertura confiable a través de un empleador, de un sindicato o de otra fuente.**

***Esto no incluye un plan de medicamentos recetados independiente. Tenga en cuenta que si es miembro de otro plan de salud de Medicare o de un plan de medicamentos recetados independiente y se inscribe en este plan, perderá el otro plan.*



Contactos útiles

Fecha de entrada en vigencia del plan _____

Nombre del representante de ventas de Healthfirst _____

Número de teléfono _____

Nombre del proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Sitio web de Healthfirst

www.healthfirst.org/medicare

Planes Medicare de Healthfirst
(para no miembros)

1-877-237-1303

TTY 1-888-867-4132

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

Servicios a los Miembros de Healthfirst

1-888-260-1010

TTY 1-888-867-4132

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

Teladoc

1-800-TELADOC (1-800-835-2362)

TTY 1-800-877-8973

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día

Línea de Ayuda de Enfermería

1-855-NURSE33 (1-855-687-7333)

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día
TTY 711

DentaQuest

1-800-508-2047

TTY 711

De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.

Davis Vision

1-800-753-3311

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m.;
Sábado de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.; domingo de
12:00 p.m. a 4:00 p.m.

SilverSneakers

1-888-423-4632

TTY 711

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

NationsHearing

1-877-438-7251

TTY 711

De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Medicare

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

TTY 1-877-486-2048

Los 7 días de la semana, las 24 horas del día

www.medicare.gov

Seguro Social

1-800-772-1213

TTY 1-800-325-0778

De lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Información útil

Directorio de proveedores

La mejor forma de buscar un médico o especialista de la red de Healthfirst es visitar www.HFDocFinder.org. También puede visitar alguna de nuestras convenientemente ubicadas oficinas locales (visite www.healthfirst.org para encontrar la más cercana a usted).

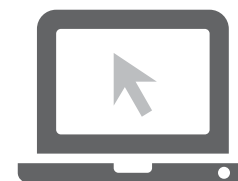
○ llame a Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar asistencia.

Medicare & You (Medicare y usted)

Visite www.medicare.gov para ver el manual en línea o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

TTY 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visitar www.medicare.gov en la web.

También puede descargar una copia del manual en www.medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html.



Definiciones útiles

Prima

Importe de dinero que algunas personas pagan mensual, trimestral o bianualmente para recibir cobertura por parte de un programa o plan de seguro médico.

Deducible

Importe de dinero que deben pagar algunas personas en concepto de gastos cubiertos cada año antes de que su plan o programa pague cualquier suma por algunos servicios cubiertos.

Gasto máximo de bolsillo

La cantidad máxima que debe pagar todos los años por los gastos cubiertos por su plan (es decir, la suma de los montos del deducible, del copago y el coseguro). Esto no incluye sus costos de la prima mensual, ningún cargo de proveedores de cuidado médico fuera de la red, servicios no cubiertos por el plan ni costos de medicamentos recetados. Sin embargo, tenga en cuenta que este plan no cubre medicamentos recetados de la Parte D.

¿Qué le hace elegible para ser miembro del plan?

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Vive en la ciudad de Nueva York o el condado de Nassau
- Ya tiene cobertura confiable a través de un empleador, un sindicato u otra fuente (que no incluye planes de medicamentos recetados de Medicare independientes)
- Es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos
- No padece una enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), salvo por algunas excepciones limitadas, como si la ESRD se manifiesta cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó

Primas, deducibles y sus gastos directos de bolsillo

A continuación, se mencionan los gastos de cuidado médico asociados al Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst:

Prima mensual	Deducible	Gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)
\$0	\$0	\$6,700 por los servicios que reciba de proveedores dentro de la red

Información importante:

<p>Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare (\$135.50 por mes en 2019).</p> <p>La cantidad de la prima de la Parte B de Medicare puede cambiar para el año siguiente, y nosotros proporcionaremos las tarifas actualizadas apenas Medicare las publique.</p>		<p>Con Original Medicare, no hay límite con respecto a lo que gasta en cuidado médico. La cantidad máxima de gastos directos de bolsillo no incluye medicamentos recetados. Sin embargo, tenga en cuenta que este plan no incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.</p>
--	--	--

Si alcanza el límite de sus gastos directos de bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos y **Healthfirst pagará el costo total el resto del año.**

Consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y usted) para ver los servicios cubiertos por Medicare.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos por el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst (gastos para servicios dentro de la red)

Este documento es un resumen y no incluye todos los servicios que están cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), que puede consultarla en línea en www.HFMedicareMaterials.org o llamando al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	Lo que debe saber
Cobertura para pacientes internos*	
Por ingreso: Copago de \$380 por día para los días 1-5, \$0 por día para los días 6 en adelante	El plan cubre una cantidad ilimitada de días de estadía hospitalaria como paciente interno, según la necesidad médica.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*	
El 20% del costo por cada consulta en el hospital como paciente ambulatorio Copago de \$90 por servicios de observación	Si se va a realizar una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si será ingresado como paciente interno o ambulatorio. A menos que el proveedor le ingrese específicamente como paciente interno, se considera que usted es un "paciente ambulatorio" y deberá pagar los montos de costos compartidos de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se utilizan para determinar si necesita ser ingresado como paciente interno o puede recibir el alta.
Consultas médicas (proveedor de cuidado primario [PCP, por sus siglas en inglés] y especialistas)*	
Copago de \$10 para consultas con un médico de cuidado primario Copago de \$35 para consultas con especialistas	Es muy importante que consulte a su proveedor de cuidado primario y a todos los especialistas que necesite. Para programar una consulta con su médico de cuidado primario, llame al 1-888-260-1010 (TTY 1-888-867-4132).
Centro quirúrgico ambulatorio	
El 20% del costo por cada consulta en centro quirúrgico ambulatorio	

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst

Lo que debe saber

Cuidado preventivo

Copago de \$0 para los exámenes de prevención cubiertos por Medicare
Los ejemplos de cuidado preventivo incluyen:

- colonoscopías
- mamografías
- medición de la masa ósea
- examen de detección de enfermedades cardiovasculares
- examen de detección de diabetes
- y otros exámenes de detección de cáncer

El cuidado preventivo incluye una consulta anual de bienestar por un valor de \$0 que proporciona exámenes de altura, peso, presión arterial y otros exámenes de rutina. Asegúrese de aprovechar todos los servicios preventivos para los cuales es elegible cada año. Para obtener una lista completa de los servicios para los que podría calificar, consulte su Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), que puede consultarla en línea en **www.HFMedicareMaterials.org**, o llame al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo. También consulte a su médico qué servicios preventivos recomienda cuando vaya a su consulta anual.

Atención de emergencia

Copago de \$90

Debe buscar atención de emergencia si piensa que su afección médica requiere cuidado médico de inmediato.

Si no piensa que su afección médica es lo suficientemente grave como para necesitar atención de emergencia, pero aun así necesita atención médica, considere solicitar servicios de urgencia (consulte a continuación).

La atención de emergencia y los servicios de urgencia se encuentran disponibles en todo el mundo. Si utiliza estos servicios en otro país, necesitará un comprobante de pago detallado y la historia clínica del cuidado que recibió para que Healthfirst lo reembolse. El límite máximo de cobertura para la atención de urgencia y la atención de emergencia fuera de los Estados Unidos es de \$100,000 por año.

Si usted es hospitalizado(a) dentro de las 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Servicios de urgencia

Copago de \$35

Los centros de atención de urgencia son una buena opción cuando su proveedor de cuidado primario se encuentra de vacaciones o no puede ofrecerle una cita oportuna, o cuando usted está enfermo(a) o padece una lesión menor fuera del horario de atención normal del consultorio de su médico.

Como en el caso de la atención de emergencia, la atención de urgencia tiene cobertura en todo el mundo, pero no se cubrirán los medicamentos recetados de la Parte D que haya recibido como parte de la atención de urgencia en otro país.

Beneficios de los centros de atención de urgencia:

- No se necesita programar una cita con anticipación
- Muchos centros han extendido su horario de atención y están abiertos siete días a la semana
- La consulta aquí puede costar menos que una consulta en la sala de emergencias

Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/estudios por imágenes*

Copago de \$0 por servicios de laboratorio

Copago de \$50 por procedimientos y pruebas de diagnóstico

Copago de \$50 por servicios de radiología de diagnóstico

Copago de \$15 por radiografías para pacientes ambulatorios

Coseguro del 20% por servicios de radiología terapéutica

Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen MRI y CT. Los servicios de radiología terapéutica incluyen el tratamiento de radioterapia contra el cáncer.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Servicios de audición

Copago de \$35 para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de la audición y problemas relacionados con el equilibrio

Copago de \$35 para exámenes de audición de rutina (uno por año)

Copago de \$0 para audífonos

El plan cubre hasta \$500 para la compra de audífonos cada tres años.

Los audífonos y otros dispositivos adicionales están disponibles a una tarifa con descuento.

Las compras de audífonos incluyen:

- Tres (3) consultas de seguimiento durante el primer año luego de la fecha de la colocación inicial
- Período de prueba de 60 días desde la fecha de colocación
- 60 baterías por año por audífono (suministro de tres años)
- Garantía de reparación del fabricante de tres años
- Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados

Los audífonos deben obtenerse a través de un proveedor de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al **1-877-438-7251** (TTY 711) o a través del sitio web **www.NationsHearing.com/Healthfirst** para programar una cita.



Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Servicios dentales*

Copago de \$5 para servicios dentales preventivos

Copago de \$5 a \$150 para servicios dentales integrales

Servicios dentales preventivos: Copago de \$5 para cada servicio cubierto

- Limpiezas (una cada seis meses)
- Radiografías dentales (una cada seis meses)
- Exámenes bucales (uno cada seis meses)

Servicios dentales integrales: Copago de \$5 a \$150 para cada servicio cubierto

- Servicios de diagnóstico y que no sean de rutina
- Servicios de reconstrucción (como amalgamas permanentes de plata y empastes compuestos de resina)
- Cirugía oral
- Cirugía de conducto radicular
- Periodoncia (prótesis/coronas)
- Dentaduras postizas, incluidos los ajustes y las reparaciones

Para obtener más información, incluidos los costos compartidos y las exclusiones, consulte su Evidencia de cobertura. Puede encontrar la Evidencia de cobertura del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst en línea en www.HFMedicareMaterials.org o llamando al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Servicios de la vista*

Copago de \$35 para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo

Copago de \$0 para anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de catarata

El copago para el examen de detección anual de glaucoma puede ser de \$0 (según sus factores de riesgo de enfermedades del ojo)

Copago de \$0 para exámenes de la vista de rutina (un examen por año)

Copago de \$0 para lentes de contacto (un par cada dos años) O BIEN un copago de \$0 para anteojos (marcos y lentes, uno cada dos años)

Los beneficios incluyen un examen de la vista de rutina, con exámenes de detección de glaucoma anuales para las personas que corren alto riesgo y un par de anteojos o lentes de contacto todos los años de la siguiente manera:

- Un (1) par de lentes de contacto o anteojos (marcos y lentes) cada dos años sin requisito de cirugía de catarata previa definida por Medicare
- Puede elegir de nuestra exclusiva colección que ofrece tres (3) niveles de marcos:
 - Marcos Fashion: copago de \$0
 - Marcos Designer: copago de \$20
 - Marcos Premier: copago de \$45
- Los marcos o lentes de contacto seleccionados que no estén dentro de la colección exclusiva del plan y que sean del propio suministro del proveedor están sujetos a un límite máximo de cobertura de \$100 cada dos años

También cubrimos lentes mejorados con un copago adicional. Estos incluyen, entre otros, los siguientes: lentes ultraprogresivos, lentes de policarbonato, lentes con revestimiento antirreflectante, lentes polarizados, lentes de índice alto y más.**

Para obtener más información, incluidos los costos compartidos y las exclusiones, consulte su Evidencia de cobertura. Puede encontrar la Evidencia de cobertura del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst en línea en **www.HFMedicareMaterials.org** o llamando al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

***Nota: Las opciones de marcos de la colección Designer o Premier, y los marcos o los lentes mejorados no son características incluidas en nuestros beneficios adicionales de la vista. Sin embargo, mediante un acuerdo con nuestro proveedor de artículos para la visión, Healthfirst puede ofrecerles a los miembros estas características adicionales a costos significativamente reducidos. Por lo tanto, estos copagos no se tienen en cuenta para el costo anual de la cantidad máxima de gastos directos de bolsillo (MOOP) de Medicare.*

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	Lo que debe saber
Servicios de salud mental (incluidos los servicios para pacientes internos)*	
<p>Copago de \$293 por día para los días de 1 a 6</p> <p>\$0 por día para los días del 7 a 190</p> <p>Copago de \$40 para las consultas de terapia de grupo y terapia individual para pacientes ambulatorios</p> <p>Copago de \$40 para consultas de terapia individual o de grupo de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Copago de \$40 para servicios de tratamiento para dejar los opioides</p>	<p>El plan cubre hasta 190 días de por vida para la atención de salud mental para pacientes internos en un hospital psiquiátrico independiente, según la necesidad médica. El límite de cuidado para pacientes internos no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internos proporcionados en un hospital general.</p> <p>Se aplican costos compartidos de hospitalización como paciente interno a los ingresos psiquiátricos en un hospital de cuidado agudo general. Los costos compartidos de salud mental para pacientes internos solo se aplican a las estadias en hospitales psiquiátricos independientes.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)*	
<p>\$0 por día para los días del 1 al 20</p> <p>Copago de \$178 por día para los días del 21 al 100</p>	<p>Un centro de enfermería especializada (SNF) se utiliza cuando necesita cuidado de enfermería especializada o de rehabilitación adicional después de recibir el alta del hospital.</p> <p>El plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios.</p> <p>No se requiere una hospitalización previa.</p>
Fisioterapia*	
<p>Copago de \$40 por consulta</p>	
Ambulancia*	
<p>Copago de \$225</p>	<p>Necesita transporte de emergencia en ambulancia si requiere cuidado que lo(a) mantenga con vida o que mantenga su estado de salud mientras lo(a) trasladan.</p>

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Definición útil

Período de beneficios

Plazo que comienza el día que es hospitalizado(a) como paciente interno y finaliza cuando recibe el alta.

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	Lo que debe saber
Servicios de transporte de rutina*	
<p>\$0 para hasta ocho viajes de ida o vuelta al año</p>	<p>Transporte gratuito al médico con hasta ocho viajes de ida o vuelta al año. Organizaremos el servicio de ida o vuelta en vehículo al lugar de un proveedor aprobado. Debe llamar a Servicios a los Miembros del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst para solicitar una autorización al menos con dos (2) días de anticipación. Después de programar su consulta con el médico, llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010 (TTY 1-888-867-4132) para organizar el transporte.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare*	
<p>El 20% del costo para medicamentos de la Parte B, como medicamentos para la quimioterapia y otros</p>	
Otros servicios cubiertos	
Servicios de rehabilitación*	
<p>Copago de \$0 para servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) y servicios de rehabilitación cardíaca intensivos</p> <p>Copago de \$30 para servicios de rehabilitación pulmonar (de los pulmones)</p> <p>Copago de \$40 para sesiones de terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje</p> <p>El 20% del costo para diálisis renal</p> <p>Copago de \$30 para la Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés) para los miembros que padezcan de arteriopatía periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés).</p>	
Podología (cuidado de los pies)*	
<p>Copago de \$25 para</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ El diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo del pie en martillo o espolón calcáneo) ■ Cuidado de rutina de los pies 	<p>El plan cubre hasta 12 consultas de rutina para el cuidado de los pies por año</p>

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	Lo que debe saber
Equipo/suministros médicos*	
<p>\$0 para suministros para el control de la diabetes, capacitación para el autocontrol de la diabetes y plantillas o zapatos terapéuticos</p> <p>El 20% del costo por equipo médico duradero</p> <p>El 20% del costo por dispositivos protésicos y suministros médicos relacionados</p>	<p>Algunos ejemplos de equipo y suministros médicos duraderos son andadores, sillas de ruedas, tanques de oxígeno y más.</p> <p>Algunos ejemplos de dispositivos protésicos incluyen aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.</p>
Programas de bienestar	
<p>Cuidado quiropráctico*: copago de \$20 para la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna vertebral)</p>	<p>Todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare a mitad de año serán cubiertos por el plan o por Original Medicare. El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Educación sobre la salud ■ Educación nutricional
Línea de Ayuda de Enfermería de Healthfirst	
<p>Copago de \$0</p>	<p>La Línea de Ayuda de Enfermería de Healthfirst, 1-855-NURSE33 (1-855-687-7333, TTY 711), es un servicio telefónico gratuito disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir consejos sobre bienestar y ayuda para encontrar un médico.</p>
Cuidado de una agencia de servicios de salud en el hogar*	
<p>Copago de \$0 para las consultas de salud en el hogar</p>	<p>Para que reciba servicios para la salud en el hogar, su médico debe certificar que necesita dichos servicios y los solicitará a una agencia de servicios de salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo le resulta muy difícil.</p>

*Es posible que los servicios requieran autorización previa.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Lo que debe pagar con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst	Lo que debe saber
Programa para la prevención de diabetes	
Copago de \$0	El programa incluye sesiones para cambiar el comportamiento de la salud que promueva la pérdida de peso mediante una alimentación sana y la actividad física.
Teladoc	
Copago de \$0	Teladoc le permite conectarse con médicos certificados por la junta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por videollamada o teléfono desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden diagnosticar, hacer tratamientos e incluso realizar recetas para una variedad de enfermedades que no sean de emergencia. Sin embargo, este programa no reemplaza a su médico de cuidado primario. Debe tener un seguimiento con su médico de cuidado primario ante cualquier tratamiento que proporcione Teladoc.
Comidas para después de recibir el alta*	
Copago de \$0	Hasta 42 comidas entregadas en su hogar hasta un período de 14 días después de una hospitalización mayor de dos días. Se requiere una autorización previa del Departamento de Gestión Médica de Healthfirst.
SilverSneakers®	
Copago de \$0	SilverSneakers® le permite acceder a una red de centros de acondicionamiento físico, clases de ejercicio grupales y clases desarrolladas en parques y lugares comunitarios. También se ofrecen kits para el hogar para los miembros que quieran comenzar a ejercitarse en su casa o para aquellos que no puedan ir al lugar de acondicionamiento físico debido a una lesión o enfermedad o porque no pueden salir del hogar.

Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C.

Recuerde, si no está conforme con su plan existente y desea cambiarse a Healthfirst, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para hacerlo.

Los servicios marcados con un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.

Preguntas frecuentes

Acerca del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst:

¿Quién puede inscribirse en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst?

Para inscribirse en el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, no tener una enfermedad renal terminal (ESRD) y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens y Richmond. Este plan puede ser una buena opción para usted si no desea agregar cobertura de medicamentos recetados porque ya tiene cobertura confiable a través de un empleador, de un sindicato o de otra fuente (que no incluye planes de medicamentos recetados de Medicare independientes). Tenga en cuenta que si es miembro de otro plan de salud de Medicare o de un plan de medicamentos recetados independiente y se inscribe en este plan, perderá el otro plan.

¿Qué médicos y hospitales puedo usar?

El Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios. Puede consultar el directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web (www.HFDocFinder.org). O bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del directorio de proveedores.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más. Aquí hay algunos de los costos médicos que el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst cubre y que Original Medicare **no** cubre:

Deducible anual

Exámenes de la vista de rutina y anteojos

Controles de la audición y audífonos

Cuidado dental integral



Preguntas frecuentes (continuación)

Costos del plan:

¿Tendré que pagar una prima mensual o un deducible?

No. El Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst no tiene primas ni deducibles.



¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda con los costos de cuidado médico?

Comuníquese con Servicios a los Miembros. El número se encuentra en la página 5. Si tiene preguntas acerca de los beneficios o costos de este plan, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst para obtener más detalles.



Comparación del Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst con otras opciones de seguros:

¿Qué diferencias hay entre el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst y Original Medicare?

El Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst ofrece beneficios adicionales (como beneficios dentales, de la vista y la audición) además de Original Medicare y puede ser el adecuado para usted si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente (a menos que sea un plan de medicamentos recetados independiente) y no necesita beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.



¿En qué difiere el plan de Beneficios Coordinados respecto de otras Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare?

A diferencia de otras HMO, con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst no necesita una remisión para consultar a un especialista.



Si tiene preguntas acerca de los beneficios o costos de este plan, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst para obtener más detalles.



Estamos presentes en su comunidad

Visite nuestras oficinas locales si tiene alguna pregunta sobre nuestros planes Medicare o sus beneficios de salud:

BRONX

412 East Fordham Road
(entrada por Webster Avenue)

774 East Tremont Avenue
(entre Prospect Avenue y Marmion Avenue)

BROOKLYN

Bensonhurst
2236 86th Street
(entre Bay 31st Street y Bay 32nd Street)

Flatbush
2166 Nostrand Avenue
(entre Avenue H y Hillel Place)

Sunset Park
5324 7th Avenue
(entre 53rd Street y 54th Street)

MANHATTAN

Chinatown
128 Mott Street, Sala 407
(entre Grand Street y Hester Street)

28 East Broadway, 5to Piso
(entre Catherine Street y Market Street)

Washington Heights
1467 St. Nicholas Avenue
(entre West 183rd Street y
West 184th Street)

Harlem
34 E. 125th Street
(en la esquina de 125th Street y
Madison Avenue)

QUEENS

Elmhurst
40-08 81st Street
(entre Roosevelt Avenue y 41st Avenue)

Flushing
41-60 Main Street, Salas 201 y 311
(entre Sanford Avenue y Maple Avenue)

37-02 Main Street
(entre 37th Avenue y 38th Avenue)

Jackson Heights
93-14 Roosevelt Avenue
(entre Whitney Avenue y 94th Street)

Jamaica Colosseum Mall
89-02 165th Street
Nivel principal

Richmond Hill
122-01 Liberty Avenue
(entre 122nd Street y 123rd Street)

LONG ISLAND

Hempstead
50 Clinton Street
(entre Front Street y Fulton Avenue)

Valley Stream
**2034 Green Acres Mall
Sunrise Highway, Level 1**
(área de Macy's Men)

Glosario

Afiliación hospitalaria

Muestra los hospitales donde un médico/ proveedor puede tratar a los pacientes.

Autorización/certificación previa (autorización previa)

Algunos planes de cuidado médico, incluido Healthfirst, le solicitan que verifique con ellos antes para poder obtener ciertos servicios. Esto tiene como objetivo asegurar que estos servicios de cuidado médico sean necesarios y estén cubiertos antes de que usted los reciba, para que usted no sea responsable del costo total. Se requiere autorización previa para muchos servicios, pero no se exige en caso de una emergencia.

Ayuda Adicional

También conocida como “Subsidio por bajos ingresos” (*Low-Income Subsidy*). Las personas que califican para este programa reciben ayuda para pagar las primas mensuales de la Parte D de sus planes, así como el deducible anual y los copagos por sus medicamentos recetados.

Cantidad máxima de gastos directos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés)

La cantidad máxima que debe pagar todos los años por gastos cubiertos por su plan (es decir, la suma del monto del deducible, del copago y de los coseguros). Una vez que alcanza esta suma, no debe pagar nada por la mayoría de los servicios. Esto no incluye sus costos de la prima mensual, ningún cargo de proveedores de cuidado médico fuera de la red ni servicios que el plan no cubra. Esto tampoco incluye medicamentos recetados. Sin embargo, tenga en cuenta que este plan no incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Recuerde que Original Medicare no tiene una cantidad máxima de gastos directos de bolsillo ni ningún límite para los gastos, por lo que sus gastos de cuidado médico pueden ser muy elevados en el transcurso de un año.

Cirugía ambulatoria

Se realiza en un centro que brinda servicios quirúrgicos ambulatorios exclusivamente a aquellos pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista no supera las 24 horas.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados

es la cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una sanción si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Colonoscopia

Procedimiento médico en el que se usa un instrumento largo, flexible y con forma de tubo para ver el interior completo del colon (intestino grueso) y del recto.

Coseguro

La tarifa que usted le debe al médico por su cuidado después de que usted alcance su deducible anual. La cantidad que usted debe es una parte del costo de su cuidado. Su compañía de seguros paga el resto.
Ejemplo: Un coseguro común es el 20%. En este caso, después de que usted haya

Glosario (continuación)

alcanzado su deducible, Healthfirst pagará el 80% del costo restante. Usted pagará el 20% del costo restante.

Con Original Medicare, usted pagará un coseguro del 20% para la mayoría de los servicios para pacientes ambulatorios. Sin embargo, con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst, pagará un copago menor para esos mismos servicios.

Costos compartidos

Término general para sus gastos de salud, incluidos los deducibles, el coseguro y los copagos.

CT

La tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) es un procedimiento médico de diagnóstico por imagen en 3D.

Deducible

Importe de dinero que deben pagar algunas personas en concepto de gastos cubiertos cada año antes de que su plan o programa pague cualquier suma por algunos servicios cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

Ejemplo: Si su deducible es de \$500, usted debe gastar \$500 en servicios de cuidado médico cubiertos dentro de un año antes de que su plan o programa comience a pagar sus servicios de salud. Su deducible se restablece una vez por año.

Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés)

La EOC le brinda detalles sobre lo que su plan cubre, cuánto debe pagar usted y más.

Examen de detección de diabetes

Análisis para determinar si los niveles de azúcar en la sangre son altos.

Examen de detección de enfermedades cardiovasculares

Examen que se realiza para identificar enfermedades cardíacas.

Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés)

Un formulario que recibirá y en el que se explican los tratamientos que usted o un dependiente recibieron, la porción del costo que está cubierta según su plan y el monto restante que quizá deba pagar o que ya puede haber pagado directamente a su proveedor.

Fecha de entrada en vigencia

La fecha en la que inicia la cobertura de su plan.

Imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés)

La resonancia magnética utiliza un campo magnético potente para crear imágenes detalladas de los órganos y tejidos.

Mamografía

Radiografía de diagnóstico de los pechos.

Medicaid

Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado médico si usted califica para Medicare y Medicaid.

Glosario (continuación)

Medición de la masa ósea

Mide la densidad ósea para determinar si un(a) paciente tiene osteoporosis (osteopatía).

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Tipo de plan de seguro médico. En la mayoría de los planes HMO, usted solo puede ir a los hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado médico que tienen acuerdos con el plan, excepto en caso de una emergencia. También es posible que deba obtener una remisión de su médico de cuidado primario antes de consultar a un especialista.

Original Medicare

Cobertura de pago por servicio, con la cual el gobierno paga directamente a sus proveedores de cuidado médico por sus beneficios de la Parte A (hospitales) o Parte B (médicos).

Paciente ambulatorio

Paciente que recibe servicios médicos que no requieren pasar una noche en el hospital.

Paciente interno

Una estadía hospitalaria como paciente interno es cuando el médico lo(a) admite en el hospital para brindarle tratamiento.

Pago complementario (o copago)

Una tarifa que usted paga cada vez que va al médico, surte sus medicamentos recetados o recibe otros servicios.

Ejemplo: Si su plan tiene un copago de \$20 por consulta a un médico de cuidado primario, usted debe pagar \$20 para realizarse un control con su proveedor de cuidado primario (PCP).

Parte B

Cobertura de Medicare que cubre servicios preventivos y médicamente necesarios.

Período de beneficios

Comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada y finaliza cuando recibe el alta. Si ingresa en el hospital o en el centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)

Los planes de necesidades especiales de Medicare son un tipo de plan Medicare Advantage diseñados para determinados tipos de personas que tengan Medicare. Algunos planes de necesidades especiales son para personas con determinadas enfermedades y afecciones crónicas, algunos son para personas que tienen Medicare y Medicaid, y algunos son para personas que viven en una institución, como un hogar para personas mayores.

Prima

Importe de dinero que algunas personas pagan mensual, trimestral o bianualmente para recibir cobertura por parte de un programa o plan de seguro médico.

Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés)

Programa de Medicaid que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar la totalidad o una parte de sus primas, deducibles y coseguros de Medicare.

Glosario (*continuación*)

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

Su médico primario (también conocido como proveedor de cuidado primario, PCP) es el médico que le proporciona servicios preventivos y de cuidado médico básicos para asegurarse de que esté saludable. Su médico de cuidado primario coordina la mayor parte de su cuidado, autoriza tratamientos y puede remitirlo(a) a un especialista.

Proveedor dentro de la red

Médicos y hospitales que son parte de la red de Healthfirst y proporcionan cuidado médico a nuestros miembros.

Proveedor fuera de la red

Proveedor de cuidado médico (médico u hospital) que no forma parte de la red de nuestro plan. Generalmente, usted pagará más si consulta a un proveedor que no forme parte de la red de su plan.

Red

Grupo de médicos y hospitales que se contrata para ofrecer servicios de cuidado médico a los miembros de un plan de salud.

Remisión

Pedido por escrito de parte de su médico de cuidado primario para que usted vea a un especialista o reciba determinados servicios. En muchos planes HMO, usted necesita obtener una remisión antes de recibir cuidado, excepto de parte de su médico de cuidado primario. Si usted no recibe primero una remisión, es posible que el plan no pague por su cuidado.

Con el Plan de Beneficios Coordinados de Healthfirst, usted puede ver a un especialista sin tener una remisión de su médico.

Servicio cubierto

Servicio al que tiene derecho y que su plan cubrirá conforme a los términos de su plan.

Servicios de cuidado preventivo

Servicios que usted recibe de un médico que le ayudan a prevenir una enfermedad o a identificarla mientras es más fácil de tratar. Conforme a la Reforma de los Servicios de Salud, su plan de seguro cubre el 100% de la mayoría de estos servicios, lo que significa que no tendrá que pagarlos usted.

Subsidio

Asistencia monetaria para ayudarle a pagar gastos de seguro médico, provistos en forma de crédito fiscal reembolsable.

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.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación al respecto cuando sea necesario.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El área de servicio del Plan Medicare de Healthfirst incluye el Bronx, Brooklyn, Manhattan, Queens, Staten Island y los condados de Nassau y Westchester. Los planes pueden variar según el condado.

SilverSneakers y el logotipo del zapato de SilverSneakers son marcas registradas de Tivity Health, Inc. © 2019 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Si tiene preguntas acerca de los beneficios o costos de este plan, comuníquese con los Planes Medicare de Healthfirst para obtener más detalles.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos nosotros y de lo que usted paga. No enumera todos los servicios que están cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”.

Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale los folletos del Resumen de beneficios a los otros planes. O utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en www.medicare.gov.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente “Medicare & You” (Medicare y usted). También puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia 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.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010, o al 1-888-867-4132 para los usuarios de TTY, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-888-260-1010, TTY number 1-888-542-3821, 7 days a week, from 8am to 8pm.

本資訊有其他語言版本供免費索取。請致電我們的會員服務部，服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時，電話號碼是1-888-260-1010，聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821。

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille y en letra grande. Este documento puede estar disponible en otros idiomas además del español. Para obtener más información, llámenos al 1-888-260-1010.

This document is available in other formats, such as braille and large print. This document may be available in a non-Spanish language. For additional information, call us at 1-888-260-1010.

本文件可以其他形式提供，例如盲文及大字印本。本文件可能有英語之外的其他語言文本。如需更多資訊，請給我們來電，電話號碼是1-888-260-1010。

Aviso de no discriminación

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. Healthfirst no excluye, ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros)
- Servicios gratuitos de idioma para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Healthfirst al **1-866-305-0408**.
Para usar los servicios TTY, llame al **1-888-867-4132**.

Si usted cree que Healthfirst no ha proporcionado estos servicios o le ha tratado de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante Healthfirst por:

- Correo postal: Healthfirst Member Services, PO Box 5165, New York, NY, 10274-5165
- Teléfono: **1-866-305-0408** (para servicios de TTY, llame al 1-888-867-4132)
- Fax: 1-212-801-3250
- En persona: 100 Church Street, New York, NY 10007
- Correo electrónico: <http://healthfirst.org/members/contact/>

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- En la página web: Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- Por teléfono: **1-800-368-1019** (TTY 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-867-4132).	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)。	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك بالمجان. اتصل برقم 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).번으로 전화해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Italian
ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)।	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).	Greek
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821)۔	Urdu

