

2020

Aviso anual de cambios

Plan 65 Plus (HMO)

Ciudad de Nueva York y condado de Nassau

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020

El Plan 65 Plus (HMO) de Healthfirst es ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro del Plan 65 Plus de Healthfirst. El año próximo habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. Este folleto describe los cambios.

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTAR: Qué cambios se aplican a usted.

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

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

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

- ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
- ¿Están sus medicamentos en un nivel distinto, con costos compartidos diferentes?
- ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de surtir una receta?
- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en los costos por usar esta farmacia?
- Revise la Sección 1.6 de la Lista de medicamentos de 2020 para obtener más información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de costos más bajos que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales directos de bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre los precios de los medicamentos año a año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores formarán parte de nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos (que incluyen los especialistas que consulta regularmente) se encuentran en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre nuestro Directorio de Proveedores.

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

- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARAR: Conozca otras opciones de plan.

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web en <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista al dorso de su manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

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

3. ELEGIR: Decida si quiere cambiar su plan.

- Si desea mantener el Plan 65 Plus de Healthfirst, no tiene que hacer nada. Permanecerá en el Plan 65 Plus de Healthfirst.
- Para cambiarse a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**.

4. INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, inscribese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en el Plan 65 Plus de Healthfirst.
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

Recursos adicionales

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

Acerca del Plan 65 Plus 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 en este folleto se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia al Plan Medicare de Healthfirst. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al Plan 65 Plus de Healthfirst.

Resumen de costos importantes para el 2020

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2019 con los costos del año 2020 para el Plan 65 Plus de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de cambios.** Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de gastos directos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$6,700	\$6,700
Visitas al consultorio médico	Consultas de cuidado primario: \$10 por visita Consultas al especialista: \$45 por visita	Consultas de cuidado primario: \$10 por visita Consultas al especialista: \$45 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internos. La atención hospitalaria para pacientes internos comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.</p>	<p>\$372 por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 por día para el día 6 en adelante</p> <p>\$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios</p>	<p>\$393 por día para los días 1 a 5</p> <p>\$0 por día para el día 6 en adelante</p> <p>\$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$350</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento de Nivel 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamento de Nivel 2: Copago de \$10</p> <p>Medicamento de Nivel 3: Copago de \$47</p> <p>Medicamento de Nivel 4: Copago de \$100</p> <p>Medicamento de Nivel 5: Coseguro del 26%</p>	<p>Deducible: \$350</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento de Nivel 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamento de Nivel 2: Copago de \$10</p> <p>Medicamento de Nivel 3: Copago de \$47</p> <p>Medicamento de Nivel 4: Copago de \$100</p> <p>Medicamento de Nivel 5: Coseguro del 26%</p>

Aviso Anual de Cambios para 2020**Índice**

Resumen de costos importantes para el 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	5
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos en los servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	12
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1 – Si desea permanecer en el Plan 65 Plus de Healthfirst.....	12
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan.....	12
SECCIÓN 4 Plazo límite para el cambio de plan	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	15
SECCIÓN 7 Preguntas.....	16
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del Plan 65 Plus de Healthfirst.....	16
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	16

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (Usted también tiene que continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	No se realizarán cambios para el próximo año de beneficios.

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

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo

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

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Gasto máximo de bolsillo Los costos de servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el gasto máximo de bolsillo. Los costos de los medicamentos recetados no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de gastos directos de su bolsillo.	\$6,700	No se realizarán cambios para el próximo año de beneficios.

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/Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores, o bien pedir que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores/Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores/Farmacias de 2020 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

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

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. Encontrará un Directorio de Proveedores/Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores, o bien pedir que le enviemos por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Proveedores/Farmacias de 2020 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos en los servicios médicos

El año próximo cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios. Si desea obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar), en su Evidencia de cobertura de 2020.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Atención para pacientes hospitalizados	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$372 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.</p>	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$393 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para días ilimitados adicionales según sean médicamente necesarios.</p>
Servicios psiquiátricos para pacientes internos	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 al 6: Usted paga un copago de \$276 por día.</p> <p>Días 7 al 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 al 6: Usted paga un copago de \$293 por día.</p> <p>Días 7 al 90: Usted paga un copago de \$0 por día.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p>	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$172 por día.</p> <p><u>No</u> se requiere hospitalización previa de 3 días.</p>	<p>(Por ingreso)</p> <p>Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$178 por día.</p> <p><u>No</u> se requiere hospitalización previa de 3 días.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos</p>	<p>No hay limitaciones a la cantidad.</p>	<p>Si usa insulina, puede obtener hasta 300 tiras reactivas y 300 lancetas cada 3 meses.</p> <p>Si no usa insulina, puede obtener 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 3 meses.</p>
<p>Comidas para después de recibir el alta</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para hasta 42 comidas entregadas en su hogar durante hasta 14 días después del alta del hospital con una hospitalización mayor a 2 días.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para hasta 84 comidas entregadas en su hogar durante hasta 28 días después del alta del hospital o centro de enfermería especializada con una estadía mayor a 2 días.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (SilverSneakers)</p>	<p>El Beneficio de acondicionamiento físico <u>no</u> está cubierto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para acceder a la red de la SilverSneakers® que incluye centros de acondicionamiento físico, clases grupales de ejercicio, clases en parques y lugares comunitarios y kits para el hogar.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios del programa de tratamiento para dejar los opiáceos	Los servicios del programa de tratamiento para dejar los opiáceos <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$40.
Examen de audición de rutina	Usted paga un copago de \$45 por hasta 1 examen de audición de rutina por año.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 examen de audición de rutina por año.
Evaluación de adaptación para los audífonos	La evaluación de adaptación para los audífonos <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por hasta 1 evaluación de adaptación para los audífonos por año.
Audífonos	Usted paga un copago de \$0. El plan cubre hasta \$2,000 para la compra de audífonos cada 3 años para ambos oídos combinados.	Usted paga un copago de \$0. Usted tiene cobertura total de un audífono de nivel tecnológico básico por oído cada tres años (después de que se aplique la cantidad máxima de \$500 para la cobertura de beneficios del plan por oído, cada tres años). Para obtener más información sobre su beneficio por audífono, consulte el capítulo 4 de su Evidencia de cobertura.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en la Lista de medicamentos

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

en formato electrónico. **Puede obtener la Lista de medicamentos *completa*** llamando a Servicios a los Miembros (vea la portada posterior del folleto) o visitando nuestro sitio web www.HFMedicareMaterials.org.

Hicimos cambios en la Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el año próximo y para comprobar si habrá restricciones.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, tiene estas opciones:

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

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

Si le aprobarán una excepción al formulario en 2019, la excepción terminará en la fecha de finalización de la cobertura indicada en la carta de Aprobación de Determinación de Cobertura.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podemos aplicar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare.

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

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si participa en un programa que ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda Adicional”), es posible que **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a su caso**. Le enviamos un inserto separado, denominado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocido como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2019, llame a Servicios a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de Servicios a los Miembros.

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

La información que se incluye a continuación muestra los cambios para el año próximo en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de interrupción de la cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga costos compartidos de \$0 para medicamentos de Nivel 1 y el costo total para medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga costos compartidos de \$0 para medicamentos de Nivel 1 y el costo total para medicamentos de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para enterarse cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2

del Capítulo 6, *Tipos de gastos directos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta sección son para un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de pedido de recetas por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 26% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,700, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción de la cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga el 26% del costo total.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción de la cobertura).</p>

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

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

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Solamente se cubrirá el examen de audición de rutina anual y la compra de audífonos anual si se accede a través del proveedor de audífonos de Healthfirst, Nations Hearing.

	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Beneficio de la audición	El examen de audición de rutina y la compra de un audífono deben obtenerse de un proveedor participante de Healthfirst.	El examen de audición de rutina y la compra de un audífono deben obtenerse del proveedor de audífonos de Healthfirst, Nations Hearing.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el Plan 65 Plus 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 2020.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2020, siga estos pasos:

Etapa 1: Conozca y compare sus opciones

- puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto oportunamente,

- *O BIEN*, puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare consulte la Sección 1.1 en relación con una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual Medicare & You 2020 (Medicare y Usted 2020), llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

Recuerde que Healthfirst Health Plan, Inc. 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.

Etapa 2: cambie su cobertura

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan. Su inscripción en el Plan 65 Plus 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 65 Plus de Healthfirst se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados, debe seguir uno de estos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios a los Miembros para obtener información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 7.1 de este folleto).
 - *O bien* comunicarse con **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 4 Plazo límite para el cambio de plan

Si quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿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 que pueden cambiarse en otros momentos del año son las que tengan Medicaid, las que reciban “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tengan o que vayan a dejar la cobertura de un empleador y las que se muden fuera del área de servicio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no está a gusto con su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con una cobertura para medicamentos recetados de Medicare o sin esta) o cambiarse a Medicare Original (con una cobertura para medicamentos recetados de Medicare o sin esta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

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

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** 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); o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Programa de cobertura de seguro de productos farmacéuticos para personas de edad avanzada (EPIC, por sus siglas en inglés) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este folleto).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos para el VIH esenciales. Los individuos deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y su estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y no tener seguro/tener un seguro que no provee la suficiente cobertura. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados a través de los Programas de Atención Médica sin Seguro para VIH, ADAP. Llame a los Programas de Atención Médica sin Seguro para VIH, ADAP, al 1-800-542-2437, los usuarios de TTY deben llamar al 1-518-459-0121, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del Plan 65 Plus de Healthfirst

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

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2020* (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 2020. Para obtener más detalles, consulte la Evidencia de Cobertura para 2020 del Plan 65 Plus de Healthfirst. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener su cobertura de servicios y medicamentos recetados. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una Evidencia de Cobertura.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea Medicare & You 2020 (Medicare y Usted 2020)

Puede leer el manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020). Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Healthfirst Medicare Plan

P.O. Box 5165
New York, NY 10274

1-888-260-1010

TTY 1-888-867-4132

(para personas con problemas
de audición o del habla)

los 7 días de la semana,

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