

2022

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 2022

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

Aviso Anual de Cambios para 2022

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

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

Lo que debe hacer

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.

- Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
- ¿Los cambios afectan los servicios que utiliza?
- Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.

- ¿Se cubrirán los medicamentos?
- ¿Sus medicamentos están en otra categoría con costos compartidos diferentes?
- ¿Alguno de los medicamentos tiene nuevas restricciones, como por ejemplo, nuestra aprobación antes de surtir la receta?
- ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
- Revise la Lista de medicamentos de 2022 y busque en la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Es posible que los costos de los medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; de esa forma, puede ahorrar en gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "paneles" que encontrará en la mitad de la segunda Nota, próxima a la parte inferior de la página. Estos paneles destacan los fabricantes que han estado aumentando los precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, están en nuestra red?
 - ¿También están los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en los costos generales del cuidado de la salud.
- ¿Cuánto dinero gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Evalúe si está conforme con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de planes
- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare que se encuentra en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista al dorso del manual Medicare y usted de 2022.
 - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus elecciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.
- 3. ELIJA:** Decida si quiere cambiar su plan
- Si no se une a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, estará inscrito en el Plan 65 Plus de Healthfirst.
 - Para cambiar a un **plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

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

- Si no se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, estará inscrito en el Plan 65 Plus de Healthfirst.
- Si se une a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. Se lo dará de baja automáticamente del plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés y chino.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132). Nuestro horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. 7 días a la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- Esta información está disponible en diferentes formatos, incluidos braille o letras grandes. Llame a Servicios a los Miembros al número que se indicó antes si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de 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 este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", se refiere a Healthfirst Health Plan, Inc. (Healthfirst). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Plan 65 Plus de Healthfirst.

Resumen de costos importantes para 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los de 2022 para Plan 65 Plus de Healthfirst en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$0	\$0
* La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.		
Gasto máximo de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Este es el <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo para los servicios de la Parte A y Parte B cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).		
Visitas al consultorio médico	Consultas de cuidado primario: Copago de \$10 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$45 por consulta	Consultas de cuidado primario: Copago de \$10 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$45 por consulta
Estadía hospitalaria como paciente interno	Días 1 a 5: Copago de \$403 por día, a partir del día de ingreso Días 6 en adelante: Copago de \$0 por día (no se requieren copagos para el día del alta)	Días 1 a 5: Copago de \$403 por día, a partir del día de ingreso Días 6 en adelante: Copago de \$0 por día (no se requieren copagos para el día del alta)
Esto incluye los cuidados agudos y la rehabilitación de pacientes internos, así como los hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para paciente interno. El cuidado como paciente interno comienza el día que lo hospitalizaron por orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente interno.		

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Parte D: cobertura de medicamentos recetados (Consulte la sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$350</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura:</p> <p>Medicamento de Categoría 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamento de Categoría 2: Copago de \$10</p> <p>Medicamento de Categoría 3: Copago de \$47</p> <p>Medicamento de Categoría 4: Copago de \$100</p> <p>Medicamento de Categoría 5: 26% de los costos totales</p> <p>Medicamentos complementarios: Sin cobertura</p> <p>Seleccione las insulinas: Copago de \$35</p>	<p>Deducible: \$295</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa inicial de cobertura:</p> <p>Medicamento de Categoría 1: Copago de \$0</p> <p>Medicamento de Categoría 2: Copago de \$10</p> <p>Medicamento de Categoría 3: Copago de \$47</p> <p>Medicamento de Categoría 4: \$100,</p> <p>Medicamento de Categoría 5: 26% de los costos totales</p> <p>Medicamentos de Categoría 6 (Medicamentos complementarios): Copago de \$10</p> <p>Seleccione las insulinas: Copago de \$35</p> <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas determinadas, consulte la Lista de medicamentos más reciente en HFMedicareMaterials.org. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, llame a Servicios a los Miembros (los números de teléfono correspondientes aparecen al dorso de este folleto).</p> <p>Las insulinas determinadas están marcadas con "SI" (Select Insulin [Insulinas</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (continuación)		determinadas]) en la Lista de medicamentos.

Aviso Anual de Cambios para 2022
Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos para los servicios médicos	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir	12
Sección 2.1 – Si desea permanecer en el Plan 65 Plus de Healthfirst	12
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	12
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	13
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	13
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	14
SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?	15
Sección 6.1 – Obtenga ayuda de Plan 65 Plus de Healthfirst	15
Sección 6.2 – Obtenga ayuda de Medicare	15

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

Sección 1.1 – Cambios a la prima mensual

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

- La prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa de la Parte D por inscripción tardía de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la de Medicare (también denominada "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- La prima mensual será *menor* si recibe "ayuda adicional" para cubrir los costos de los medicamentos recetados. Consulte la sección 5 con respecto a la "ayuda adicional" de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo

A fin de protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud tengan un límite para sus "gastos de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "gasto máximo de bolsillo". Una vez que alcanza este gasto, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para cubrir el gasto máximo de bolsillo. Los costos por medicamentos recetados no cuentan para cubrir el gasto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado el gasto de bolsillo de \$7,550 para cubrir los servicios de la Parte A y Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Se realizarán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web HFDocFinder.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos un directorio de proveedores. **Le recomendamos encarecidamente que revise el Directorio de proveedores de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer modificaciones en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar el plan, pero si su médico o especialista abandona el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos de buena fe para avisarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor se retira de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que continúe atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si se está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa dicho tratamiento necesario desde el punto de vista médico y trabajaremos junto a usted para asegurarnos de que así suceda.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retira del plan, comuníquese con nosotros para que le ayudemos a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de su cuidado.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por los medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *únicamente* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. Encuentre un directorio actualizado de farmacias en nuestro sitio web: HFDocFinder.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o solicitar que le enviemos un directorio de farmacias. **Consulte el directorio de farmacias de 2022 para ver las que están en nuestra red.**

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

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en la *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento de drogas opiáceas

Los miembros de nuestro plan que padecen trastorno por abuso de drogas opiáceas pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a través de un Programa de Tratamiento de Abuso de Opiáceos que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas de drogas opiáceas aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA)
- Suministro y administración de dichos medicamentos (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades relacionadas con la ingesta
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Servicios de ambulancia (terrestre, aérea)	Paga un copago de \$225	Paga un copago de \$300
Cuidado dental	Las coronas, las dentaduras postizas, los tratamientos de conducto y las extracciones son servicios cubiertos (con los límites de los beneficios indicados en la evidencia de cobertura), con autorización previa por necesidad médica. Se cubren los implantes médicamente necesarios.	Las coronas, las dentaduras postizas, los tratamientos de conducto y las extracciones son servicios cubiertos (con los límites de los beneficios indicados en la evidencia de cobertura), sin que sea necesario revisar la necesidad médica. No se cubren los implantes.
Radiología de diagnóstico	Paga un copago de \$110	Paga un copago de \$125

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Equipo médico duradero (EMD)	El equipo médico duradero se limita a un fabricante preferente.	Es posible que el equipo médico duradero se limite a los fabricantes que ofrecen los proveedores contratados por Healthfirst. Los suministros para pacientes diabéticos se limitan a un fabricante preferente.
Educación para la salud	Cubiertos	No están cubiertos
Audífonos	Tiene una asignación de beneficio de \$500 por oído cada tres años	Tiene una asignación de \$500 por oído cada año
Radiografías cubiertas por Medicare	Paga un copago de \$15	Paga un copago de \$25
Estadías en un centro de enfermería especializada	Tiene un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20, y un copago de \$184 por día durante los días 21 a 100	Tiene un copago de \$0 por día durante los días 1 a 20, y un copago de \$188 por día durante los días 21 a 100
Atención de emergencia y urgencia, y transporte en todo el mundo	La atención de emergencia y urgencia, y el transporte de emergencia en todo el mundo están sujetos a un beneficio máximo del plan de \$100,000. Paga un copago de \$225 por el transporte de emergencia en todo el mundo.	La atención de emergencia o urgencia y el transporte de emergencia en todo el mundo están sujetos a un beneficio máximo del plan de \$200,000. Usted paga un copago de \$300 por el transporte de emergencia en todo el mundo.

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de medicamentos". Puede encontrar una copia de nuestra Lista de medicamentos en nuestro sitio web (HFMedicareMaterials.org).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidas las modificaciones en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y consultar si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos:

- **Trabaje en colaboración con su médico (u otra persona que escribe la receta) y solicite que el plan haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - A fin de obtener información para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura (Lo que debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios a los Miembros.
- **Trabaje en colaboración con su médico (u otra persona que escribe la receta) para encontrar otro medicamento** que cubrimos. Puede llamar a Servicios a los Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar la suspensión del tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de una medicina, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe el suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

Si usted fue aprobado para obtener una excepción al formulario en 2021, la excepción finalizará en la fecha final de la cobertura que se indica 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, es posible que realicemos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted aún puede recibir asistencia de su médico (u otra persona que escribe la receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte el capítulo 5, sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que lo 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 en su caso.** Le hemos enviado un adjunto llamado "Cláusula de Evidencia de cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados" (también

conocida como "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula LIS"), en el que encontrará información sobre los costos de los medicamentos. Si obtiene "Ayuda Adicional", pero no recibió este adjunto antes del 30 de septiembre de 2021, llame a Servicios a los Miembros y solicite la "Cláusula LIS".

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre. (Consulte el capítulo 6, sección 2 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa inicial de cobertura. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$350.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga costos compartidos de \$0 por los medicamentos de Categoría 1 y el costo total de los medicamentos de las Categorías 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$295.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga costos compartidos de \$0 para medicamentos de Categoría 1, costos compartidos de \$10 para medicamentos de las Categorías 2 y 6, y el costo total de los medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en los costos compartidos en la etapa inicial de cobertura

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el capítulo 6, sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en la *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa Inicial de Cobertura</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la etapa inicial de</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa Inicial de Cobertura (continuación)</p> <p>cobertura. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en esta fila son para el suministro de un mes (30 días) cuando se surte la receta en una farmacia de la red que proporciona costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos por un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar, o por recetas de venta por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de cobertura.</i></p> <p>Cambiamos la categoría de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para consultar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Categoría 1: Medicamentos genéricos preferentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta</p> <p>Categoría 2: Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$10 por receta</p> <p>Categoría 3: Medicamentos genéricos y de marca preferentes:</p> <p>Usted paga \$47 por receta</p> <p>Categoría 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$100 por receta</p> <p>Categoría 5: Medicamentos de especialidad:</p> <p>Usted paga el 26% del costo total</p> <p>Categoría 6: Medicamentos complementarios:</p> <p>Sin cobertura</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos alcancen \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Categoría 1: Medicamentos genéricos preferentes:</p> <p>Usted paga \$0 por receta</p> <p>Categoría 2: Medicamentos genéricos:</p> <p>Usted paga \$10 por receta</p> <p>Categoría 3: Medicamentos genéricos y de marca preferentes:</p> <p>Usted paga \$47 por receta</p> <p>Categoría 4: Medicamentos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$100 por receta</p> <p>Categoría 5: Medicamentos de especialidad:</p> <p>Usted paga el 26% del costo total</p> <p>Categoría 6: Medicamentos complementarios:</p> <p>Usted paga \$10 por receta</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos alcancen \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

Cambios en la etapa de brecha de cobertura y la de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la de brecha de cobertura y la de cobertura catastrófica) son para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de brecha de cobertura ni la de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 2 Decida qué plan elegir

Sección 2.1 –Si desea permanecer en el Plan 65 Plus de Healthfirst

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o si cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Plan 65 Plus de Healthfirst.

Sección 2.2 –Si desea cambiar de plan

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

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente en el momento oportuno.
- *O BIEN* puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 con respecto a una posible multa de la Parte D por inscripción tardía.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted de 2022*, llame al programa de asistencia de seguro de salud del estado (consulte la sección 4) o comuníquese con Medicare (consulte la sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que Healthfirst Health Plan, Inc. (Healthfirst) ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para cambiar a **otro plan de salud de Medicare**, insíbase en el nuevo plan. Se lo dará de baja automáticamente de Plan 65 Plus de Healthfirst.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, insíbase en el nuevo plan de medicamentos. Se lo dará de baja automáticamente de Plan 65 Plus de Healthfirst.

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios a los Miembros si necesita más información (los números de teléfono se encuentran en la sección 6.1 de este folleto).
 - *O bien* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que cancelen su inscripción. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2022.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, las que reciben "ayuda adicional" para pagar los medicamentos, las que tienen cobertura del empleador o están dejando de recibirla y las que se mudan fuera del área de servicios pueden hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.3 de la *evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el capítulo 10, sección 2.2 de la *evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El programa de asistencia de seguro de salud del estado (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Nueva York, el SHIP se denomina Health Insurance Information Counseling and Assistance Program o HIICAP.

El HIICAP es independiente (no se relaciona con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos para personas con Medicare. Los consejeros de HIICAP pueden responder sus preguntas o ayudarlo a resolver problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones que tiene con el plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Comuníquese con HIICAP al 1-800-701-0501. Para obtener más información sobre HIICAP, visite el sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap>).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Podría calificar para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, se indican diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "ayuda adicional" a fin de cubrir los costos de los medicamentos recetados. Si califica, es posible que Medicare pague hasta el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califican no tendrán interrupción en la cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para consultar si reúne los requisitos, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 - a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York tiene un programa llamado Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC), que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su programa de asistencia de seguro de salud del estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de recetas para personas con VIH/SIDA.** El programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos elegibles para ADAP con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia estatal y status de VIH, una prueba de bajos ingresos según lo definido por el estado, y un comprobante de no tener seguro o de tener un seguro que no provee la suficiente cobertura. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del HIV Uninsured Care Programs. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad o los medicamentos cubiertos, o para inscribirse en el programa, comuníquese con HIV Uninsured Care Programs al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 6.1 – Obtenga ayuda de Plan 65 Plus de Healthfirst

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010. (Los usuarios de teletipo [TTY] deben llamar al 1-888-867-4132). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.: 7 días a la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Consulte la *evidencia de cobertura* de 2022 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en los beneficios y costos para 2022. Para obtener más detalles, consulte la *evidencia de cobertura* de 2022 de Plan 65 Plus de Healthfirst. La *evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios del plan. En ella, se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Encuentre una copia de la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web HFMedicareMaterials.org. También puede llamar a Servicios a los Miembros y solicitar que le enviemos la *evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en HFMedicareMaterials.org. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Obtenga ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Consulte el manual *Medicare y usted de 2022*

Consulte el manual *Medicare y usted de 2022*. Durante el otoño de cada año, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos

y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Para obtener una copia de este folleto, visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teletipo (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.



Healthfirst Medicare Plan

P.O. Box 5165
New York, NY 10274

1-888-260-1010

TTY 1-888-867-4132

(para personas con problemas
de audición o del habla)

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

los 7 días de la semana (oct-mar)

lunes a viernes (abr-sep)