

Bill de Blasio

Mayor

City of New York



Lorraine Cortés-Vázquez

Commissioner

NYC Department for the Aging

Bill de Blasio

Alcalde

Ciudad de Nueva York



Lorraine Cortés-Vázquez

Comisionada

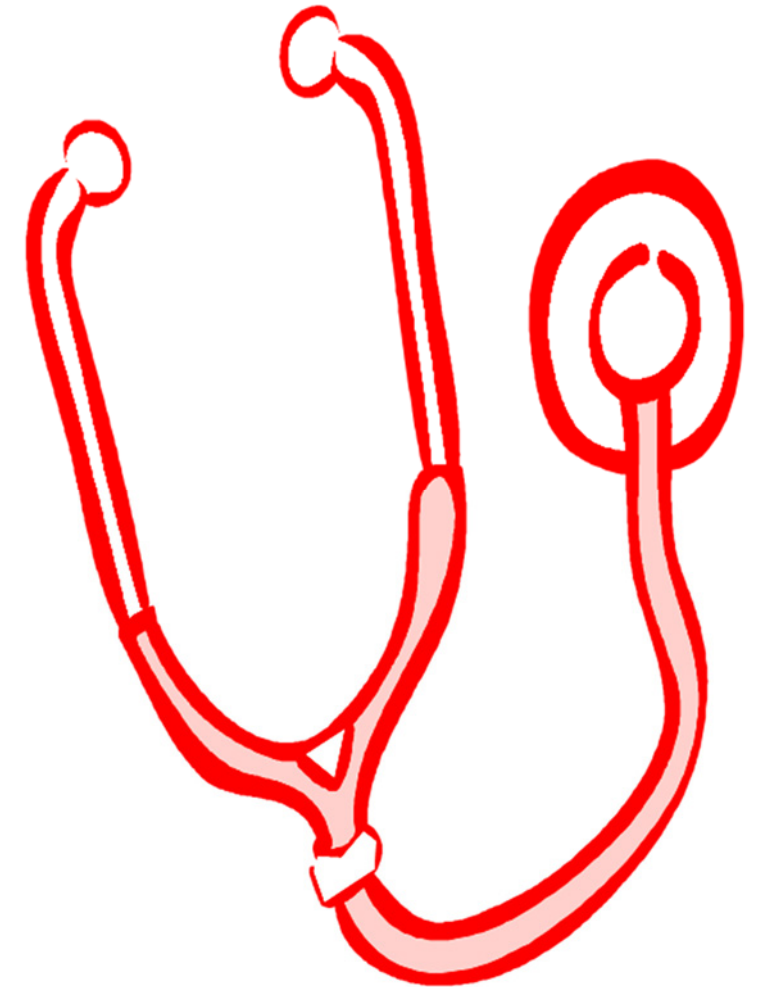
Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York

**A Complete Guide to
Health Insurance
Coverage for
Older New Yorkers**

2020

**Guía completa de cobertura
de seguro médico para
residentes de edad avanzada
del estado de Nueva York**

2020



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

Medicare questions? Call Aging Connect at 212-244-6469



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

This guide has been developed by the New York City Department for the Aging's Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) to help older New Yorkers better understand the health care coverage options currently available in New York City. The topics include Medicare Parts A and B, "Medigap" insurance, Medicare Advantage health plans, Medicare Part D, Medicare Savings Programs, and Medicaid. The information detailed here is current at the time of printing. Use it in good health!

HIICAP is New York's source for free, current and impartial information about health care coverage for older people. The HIICAP Helpline can assist you in getting your questions answered. Please call the Department for the Aging's Aging Connect line at 212-244-6469 and ask for HIICAP to speak with one of our trained counselors.

We have HIICAP counselors available to speak with you over the phone or meet with you in person at one of our counseling sites. Simply call our helpline for a referral to the counselor nearest you.

Please note that inclusion of specific health care benefit programs does not constitute endorsement of these programs on the part of the New York City Department for the Aging.

www.nyc.gov/aging

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

This project was supported, in part by grant number 90SAPG0033 from the U.S. Administration for Community Living, Department of Health and Human Services, Washington, D.C. 20201.



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

Medicare questions? Call Aging Connect at 212-244-6469

Esta guía ha sido desarrollada por el Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP, por sus siglas en inglés) con el fin de ayudar a los adultos mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura médica disponibles actualmente en la ciudad. Los temas incluyen las Partes A y B de Medicare, el seguro "Medigap", los planes médicos Medicare Advantage, la Parte D de Medicare, los Programas de Ahorros de Medicare, y Medicaid. La información detallada en este documento es válida en el momento de su impresión. ¡Úsela con buena salud!

HIICAP es la fuente de información gratuita, actualizada e imparcial sobre cobertura médica para las personas mayores de Nueva York. La línea de ayuda de HIICAP (HIICAP Helpline) puede ayudarlo a responder sus preguntas. Llame al Departamento de Personas Mayores de Nueva York, la línea de Aging Connect 212-244-6469, y pide hablar con uno de los consejeros de Medicare de HIICAP

Tenemos consejeros de HIICAP disponibles para hablar con usted por teléfono o reunirse con usted en persona en un lugar mas cercano a usted. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el consejero de HIICAP más cercano.

La inclusión de programas de beneficios para el cuidado de la salud no implica el aval de dichos programas por parte del Departamento para Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York.

www.nyc.gov/aging

<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>

Este proyecto fue apoyado, en parte, por la subvención número 90SAPG0033 de la Administración para la Vida Comunitaria, Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. de Estados Unidos. 20201.

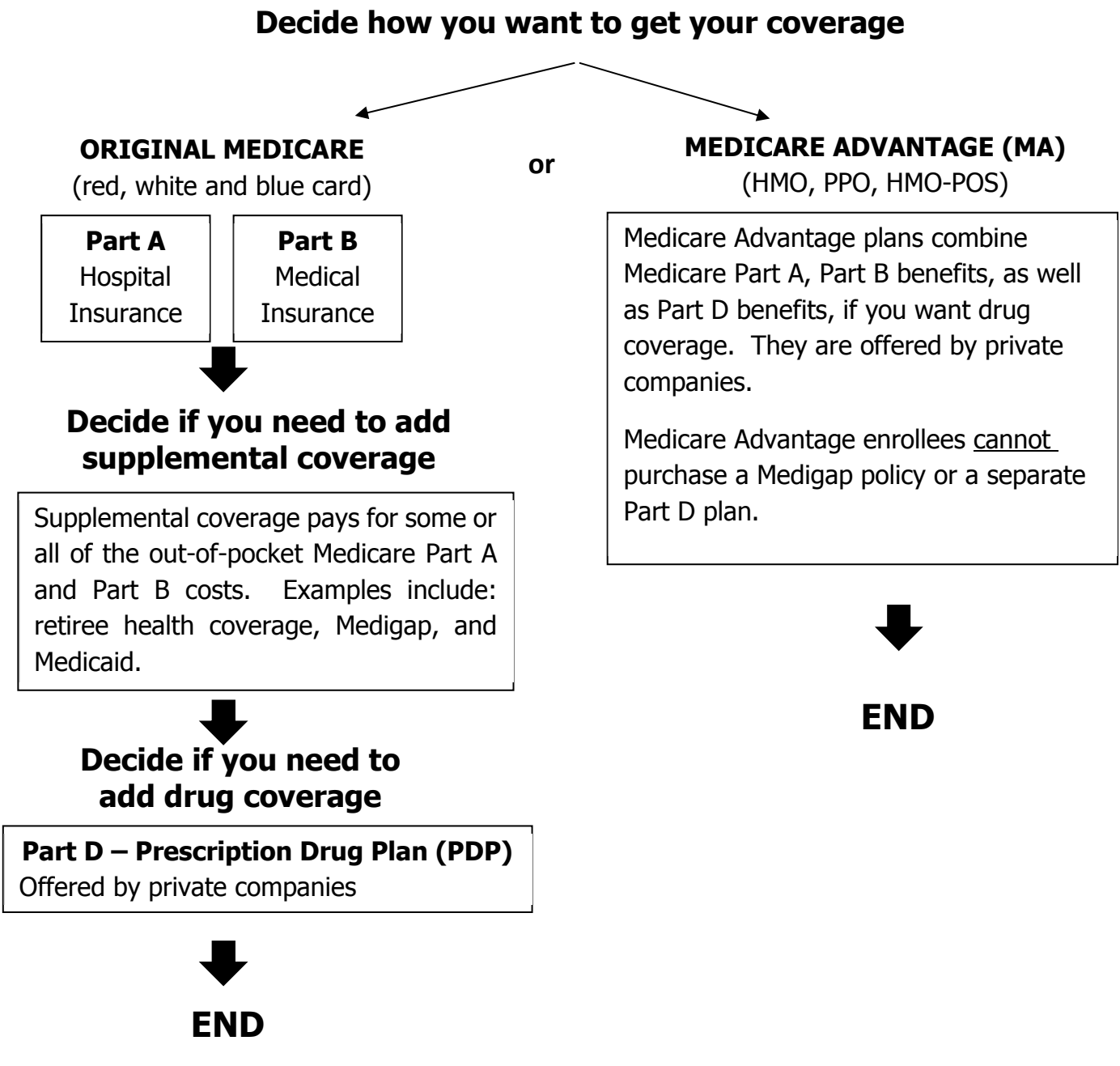
TABLE OF CONTENTS	
	Page
Medicare Coverage Choices Chart-----	3
Medicare-----	4
Part A-----	8
Part B-----	10
Preventive Services-----	15
Medicare as Secondary Payer (for people with other health insurance, including employer-based coverage)-----	18
Medicare Supplement Insurance (Medigap)-----	21
Medicare Advantage Plans (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)-----	29
Medicare Part D-Prescription Drug Coverage-----	36
Extra Help Paying for Part D-----	41
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)-----	43
Medicare Savings Programs-----	47
Medicare Fraud and Abuse-----	50
Medicaid for 65+, Blind or Disabled-----	52
Mandatory Medicaid Managed Long Term Care-----	55
NY State of Health/Health Insurance Exchange-----	60
Medicaid for under 65, not blind, not disabled-----	61
Essential Plan-----	63
Qualified Health Plan-----	64
Veteran’s Benefits and TRICARE for Life-----	66
Other Health Coverage Options for New Yorkers-----	69
Advance Directives-----	71
Eligibility Charts-----	72
Medicaid Offices-----	74
Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA)-----	75
Health Insurance Definitions-----	76
Resources-----	77

ÍNDICE	
	Página
Cuadro de opciones de cobertura de Medicare-----	3
Medicare -----	4
Parte A -----	8
Parte B -----	10
Servicios preventivos -----	15
Medicare como el pagador secundario (para personas con otras coberturas de seguro médico, incluida la cobertura proporcionada por empleadores) -----	18
Seguro suplementario de Medicare (Medigap) -----	21
Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, HMO-POS, SNP) -----	29
Parte D de Medicare: cobertura para medicamentos recetados -----	36
Ayuda adicional para pagar la Parte D -----	41
Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) -----	43
Programas de ahorros de Medicare -----	47
Fraude y abuso de Medicare -----	50
Medicaid para personas mayores de 65 años, ciegas discapacitadas -----	52
Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid -----	55
NY State of Health/Health Insurance Exchange-----	60
Medicaid para personas menores de 65 años que no son ciegas ni discapacitadas -----	61
Plan esencial-----	63
Plan médico calificado -----	64
Beneficios para veteranos y TRICARE for Life -----	66
Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos--	69
Directivas anticipadas -----	71
Cuadros de requisitos -----	72
Sedes de Medicaid -----	74
Monto de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) -----	75
Definiciones de términos de seguros médicos-----	76
Recursos-----	77

MEDICARE COVERAGE CHOICES

Everyone with Medicare has choices in how they get their Medicare coverage.

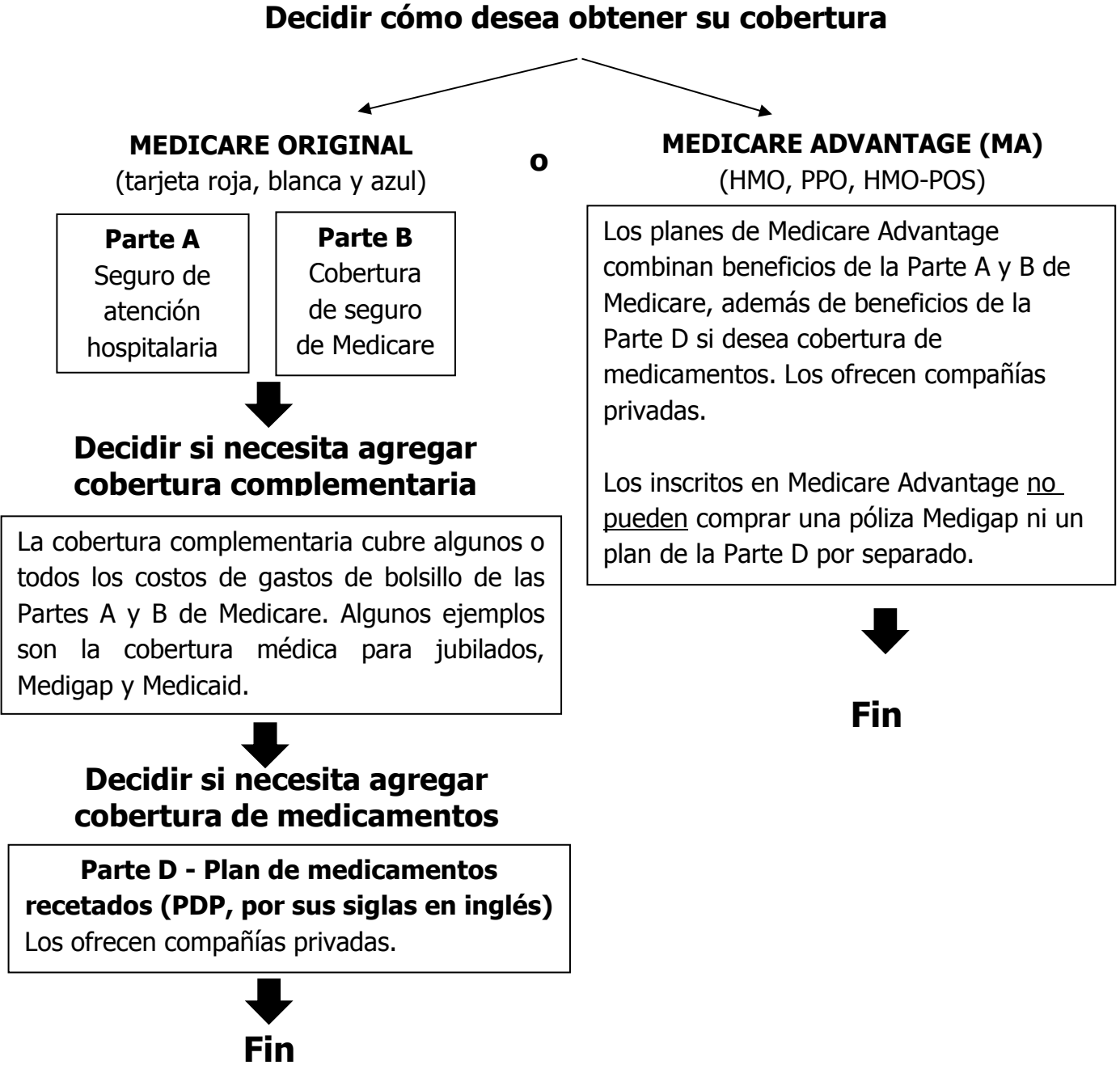
There are two main ways to get your coverage – Original Medicare or a Medicare Advantage Plan. Below is a decision tree to help guide your decision-making.



ELECCIONES DE COBERTURA DE MEDICARE

Todos los que tienen Medicare pueden elegir la manera en que obtienen cobertura.

Existen dos formas principales de obtener cobertura: Medicare Original o un plan de Medicare Advantage. A continuación figura un árbol de decisión para ayudarlo a tomar su decisión.



MEDICARE

Medicare is a national health insurance program for people 65 years of age and older, certain younger disabled people and people with kidney failure (End Stage Renal Disease, ESRD).

The main components to Medicare are:

- Part A - Hospital Insurance
- Part B - Medical Insurance
- Part D - Prescription Drug Coverage

Medicare beneficiaries can choose to get their Medicare benefits through Original Medicare, or from a Medicare Advantage Plan, sometimes referred to as Part C. Medicare Advantage plans are administered by private companies and provide all Medicare Part A and Part B benefits – as well as Part D drug coverage - through managed care. If someone joins a Medicare Advantage plan, they will have Medicare coverage through that private plan, not through "Original Medicare." See page 3 for a summary chart of these choices.

Who is Eligible for Medicare?

- Age: You are eligible for Medicare if you are 65 years old or older and either
 - A U.S. citizen or
 - Legal permanent resident for at least five consecutive years (if not eligible for Social Security).
- People under age 65 can qualify for Medicare
 - After receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) for 24 months. Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) qualify the first month they receive SSDI.
 - Individuals with end stage renal disease (ESRD) can qualify for Medicare, regardless of age. A worker, as well as a worker's spouse (including same-sex spouse) or children may be eligible for Medicare, based on the worker's work record, if she or he receives continuing dialysis for permanent kidney failure or had a kidney transplant, even if no one else in the family is getting Medicare.

How eligibility differs for Part A vs. Part B:

- To qualify for premium-free Part A at 65, you or your spouse (including same-sex spouse) must be insured through Social Security (by having earned 40 quarters of coverage). Without 40 quarters of coverage, one may still get Medicare by paying a premium for Part A at age 65.
- One does not need 40 quarters of coverage to qualify for Part B; one needs to be either a U.S. Citizen or a legal permanent resident for five (5) consecutive years.

If you have questions about your eligibility for Medicare, or if you want to apply for Medicare, call the Social Security Administration at 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY). You can learn more about applying for Medicare at www.socialsecurity.gov.

MEDICARE

Medicare es un programa de seguro de salud nacional para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal (enfermedad renal terminal o ESRD, por sus siglas en inglés).

Los principales componentes de Medicare son:

- Parte A: seguro hospitalario
- Parte B: seguro médico
- Parte D: cobertura para medicamentos recetados

Los beneficiarios de Medicare pueden optar por obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original o de un Plan Medicare Advantage, a veces denominado Parte C. Los planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas y proporcionan todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare, así como la cobertura de medicamentos de la Parte D, a través de atención administrada. Cuando una persona se inscribe en un plan Medicare Advantage, recibe la cobertura de Medicare a través de ese plan privado y no a través de "Medicare Original". Consulte la página 3 para ver una tabla resumida de estas opciones.

¿Quién puede inscribirse en Medicare?

- Edad: Es elegible para Medicare si tiene 65 años de edad o más y es un
 - ciudadano de los Estados Unidos o
 - residente permanente legal de al menos cinco años consecutivos (si no es elegible para el Seguro Social).
- Las personas menores de 65 años pueden calificar para Medicare
 - después de recibir el Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) durante 24 meses. Las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos a partir del primer mes en que reciben SSDI.
 - Las personas con enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) reúnen los requisitos para recibir Medicare, independientemente de su edad. Es posible que un trabajador, su cónyuge (incluidos los cónyuges del mismo sexo) y sus hijos reúnan los requisitos para inscribirse en Medicare, según los antecedentes laborales del trabajador, si reciben diálisis continua por insuficiencia renal permanente o si recibieron un trasplante de riñón, incluso si ningún otro miembro de la familia recibe Medicare.

Cómo difiere la elegibilidad para la Parte A frente a la Parte B:

- Para calificar para la Parte A libre de prima a los 65 años, usted o su cónyuge (incluso cónyuges del mismo sexo) deben estar asegurados mediante el Seguro Social (al haber obtenido 40 trimestres de cobertura). Si no tienen cuarenta (40) trimestres de cobertura, todavía es posible obtener Medicare al pagar una prima para la Parte A a los 65 años.
- No necesita 40 trimestres de cobertura para reunir los requisitos para la Parte B; uno debe ser ciudadano estadounidense o residente legal permanente por cinco (5) años consecutivos.

Si tiene preguntas sobre si reúne los requisitos para inscribirse en Medicare, o si desea solicitar Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Puede obtener más información sobre cómo solicitar Medicare en www.socialsecurity.gov.

How Do I Enroll in Medicare?

Some people are automatically enrolled in Medicare, while others need to be proactive. It is important to understand enrollment rules for Part A and Part B in order to avoid a Late Enrollment Penalty (LEP) and/or a gap in medical coverage.

The following people are **automatically enrolled** in Medicare when first eligible:

- If you are already collecting Social Security or Railroad Retirement benefits when you turn 65, you do not have to apply for Medicare. You are enrolled automatically in both Part A and Part B and your Medicare card is mailed to you about three months before your 65th birthday. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.
- If you receive Social Security Disability Insurance (SSDI) benefits, you will automatically receive a Medicare card in the mail after you have received Social Security Disability benefits for 24 consecutive months. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.

If you are not collecting Social Security benefits as you approach age 65, and you want your Medicare benefits at age 65, it is important to understand the **three enrollment periods** – Initial Enrollment Period, Special Enrollment Period and General Enrollment Period – which are detailed below.

Initial Enrollment Period (IEP)

If you are not collecting Social Security benefits when you turn 65, and you wish to enroll in Medicare Part B, you have a seven-month Initial Enrollment Period (IEP) in which to enroll in Medicare. The IEP is three months before you turn 65, the month in which you turn 65, and the three months that follow. When you enroll in Part B will determine when your Part B coverage will begin.

- If you enroll in the **three months prior to your birthday**, your Medicare coverage will be effective the first of the month of your birthday.
- If you enroll in **the month of your birthday**, your coverage will be effective the first of the following month.
- If you enroll in the **month after your birthday**, your coverage will be effective two months later.
- If you enroll **two or three months after your birthday**, your coverage will be effective three months later.

Note: For people born on the first of the month, Medicare eligibility starts on the first of the prior month.

¿Cómo me inscribo en Medicare?

Algunas personas se inscriben automáticamente en Medicare, mientras que otras necesitan ser proactivas. Es importante comprender las reglas de inscripción para la Parte A y la Parte B a fin de evitar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) y/o una brecha en la cobertura médica.

Las siguientes personas son **inscritas automáticamente** en Medicare cuando son elegibles por primera vez:

- Si ya recibe beneficios del Seguro Social o de la jubilación para empleados ferroviarios al cumplir 65 años, no es necesario que solicite Medicare. Su inscripción será automática tanto en Parte A como en la B, y se le enviará por correo su tarjeta de Medicare alrededor de tres meses antes de que cumpla 65 años. Debe tener la Parte A si está cobrando un beneficio del Seguro Social; si desea renunciar a los beneficios de la Parte B de Medicare, siga las instrucciones enviadas por correo junto con la tarjeta de Medicare.
- Si recibe beneficios del Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), recibirá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo después de haber recibido sus beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses consecutivos. Debe tener la Parte A si está cobrando un beneficio del Seguro Social; si desea renunciar a los beneficios de la Parte B de Medicare, siga las instrucciones enviadas por correo junto con la tarjeta de Medicare.

Si no recibe los beneficios del Seguro Social a medida que se acerca a los 65 años y desea recibir sus beneficios de Medicare a los 65 años, es importante comprender los **tres períodos de inscripción**: período inicial de inscripción, período especial de inscripción y período general de inscripción, que se detallan a continuación.

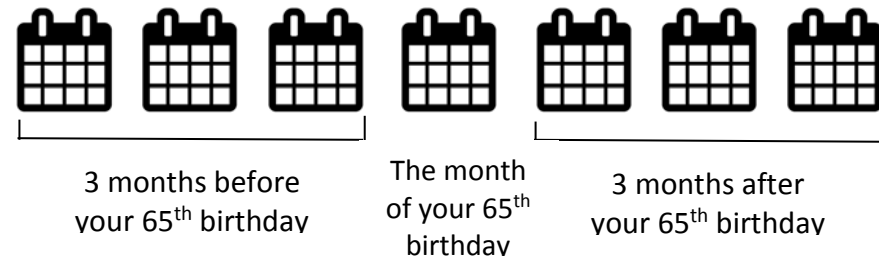
Periodo inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés)

Si no recibe beneficios del Seguro Social cuando cumpla 65 años y desea inscribirse en la Parte B de Medicare, tiene un período inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses para inscribirse en Medicare. El IEP comprende los tres meses antes de cumplir 65 años, el mes en que cumpla 65 años y los tres meses siguientes. El momento en que se inscriba en la Parte B determinará cuándo comenzará su cobertura de la Parte B.

- Si se inscribe en los **tres meses previos a su cumpleaños**, la cobertura de Medicare entrará en vigencia el primer día del mes de su cumpleaños.
- Si se inscribe en el **mes de su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Si se inscribe en el **mes posterior a su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia dos meses más tarde.
- Si se inscribe **dos o tres meses después de su cumpleaños**, su cobertura entrará en vigencia tres meses más tarde.

Nota: Las personas nacidas el primer día del mes son elegibles para Medicare a partir del primer día del mes anterior.

When Is My 7-Month Initial Enrollment



Special Enrollment Period (SEP)

If you or your spouse are **actively employed** and you have **health insurance** through that current/active employer or union, you may not need to enroll in Medicare Part B when you first become eligible; contact the employer or union as to whether they require enrollment in Part B.

Having active employer-based coverage allows you to qualify for a SEP to enroll in Part B while still working, or within 8 months following the month in which you lose active employer-based health coverage. One will need the employer to complete a form, CMS-L564, documenting employer-based health insurance coverage. The form can be found at <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

TIPS for those with employer-based coverage:

- ✓ You can no longer contribute to a Health Savings Account (HSA) if you are enrolled in Medicare Part A. See page 8 for information on enrolling in Part A.
- ✓ **COBRA** coverage is NOT health insurance from an active employer and therefore does not allow one to qualify for a Special Enrollment Period.

When Is My Special Enrollment Period?



General Enrollment Period (GEP)

If you do not enroll during your IEP and do not qualify for an SEP due to active employer-based coverage, you will have to wait until the General Enrollment Period (GEP) to enroll in Part B. The GEP is from January 1 to March 31 of each year, but Part B coverage will not start until July 1. In addition, you may be subject to a late enrollment penalty. The penalty for late enrollment is a 10% premium penalty for every full 12 months that you did not have either Medicare Part B or coverage from a current employer. This means that if you delayed Part B enrollment for 12 months, you would be paying the Part B premium + a 10% premium surcharge based on the standard Part B premium for the current year.

¿Cuándo es mi período inicial de inscripción de 7 meses?



Periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)

Si usted o su cónyuge tienen un **empleo activo** y un **seguro de salud** por parte de ese empleador o sindicato actual/activo, es posible que no necesiten inscribirse en la Parte B de Medicare cuando reúnan los requisitos por primera vez; comuníquese con su empleador o sindicato para averiguar si debe inscribirse en la Parte B.

Tener una cobertura activa proporcionada por el empleador le permite calificar para un SEP para inscribirse en la Parte B mientras aún trabaja, o dentro de los 8 meses posteriores al mes en que pierde la cobertura de salud activa proporcionada por el empleador. Necesitará que su empleador complete un formulario, CMS-L564, donde aporte pruebas de la cobertura de seguro de salud proporcionada por el empleador. Este formulario está disponible en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

CONSEJOS para aquellos con cobertura proporcionada por el empleador:

- ✓ Ya no puede contribuir a una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA, por sus siglas en inglés) si está inscrito en la Parte A de Medicare. Consulte la página 8 para obtener información sobre cómo inscribirse en la Parte A.
- ✓ La cobertura de **COBRA** NO es un seguro médico de un empleador activo y, por lo tanto, no permite que uno califique para un Período especial de inscripción.

¿Cuándo es mi Periodo especial de inscripción?

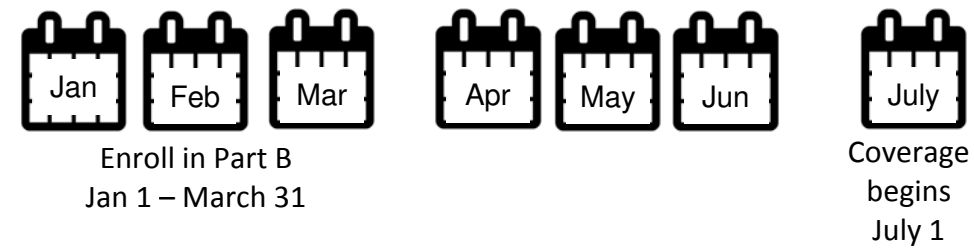


Período general de inscripción (GEP, por sus siglas en inglés)

Si no se inscribe durante su IEP y no califica para un SEP debido a la cobertura activa proporcionada por el empleador, deberá esperar hasta el período general de inscripción (GEP, por sus siglas en inglés) para inscribirse en la Parte B. El GEP es el período comprendido entre el 1 de enero al 31 de marzo de cada año, pero la cobertura de la Parte B no comenzará hasta el 1 de julio. Además, puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía es una multa del 10% de la prima por cada 12 meses completos en los que no tuvo Medicare Parte B ni la cobertura de un empleador actual. Esto significa que, si retrasó la inscripción en la Parte B por 12 meses, pagaría la prima de la Parte B + un recargo de la prima del 10% en función de la prima estándar de la Parte B para el año en curso.

You apply for Medicare benefits by reaching out to the Social Security Administration. You can call 1-800-772-1213, visit a local Social Security office, or you may be able to enroll online at www.socialsecurity.gov.

When Is The General Enrollment Period?



Enrolling in Medicare Part A is more flexible than Part B. Individuals eligible for premium-free Part A at age 65 can enroll in Medicare Part A at any time, and coverage can be retroactive up to six months, though not before the date they become Medicare-eligible. Those who do not have 40 quarters of coverage through Social Security can apply for Part A and pay a premium. These individuals can only enroll during the Initial Enrollment Period, and thereafter only during the General Enrollment Period from January 1-March 31, with coverage effective July 1. These individuals may incur a Late Enrollment Penalty.

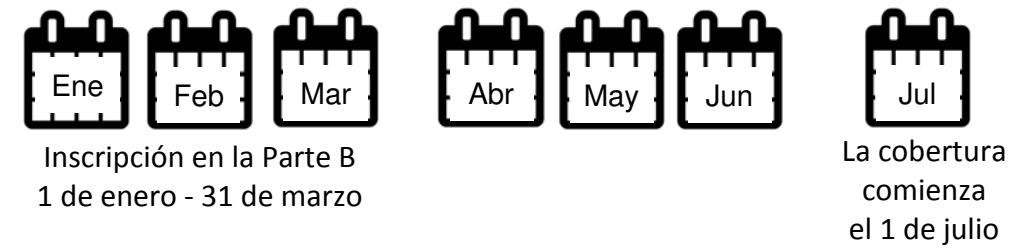
Medicare Card Replacement: Medicare cards used to have a Social Security number as the identifier. By the end of 2018, all Medicare beneficiaries should have received a Medicare card with a randomly assigned identifier, known as a Medicare beneficiary identifier (MBI). The MBI is made up of 11 characters, consisting of both uppercase letters and numbers. Spouses will each have their own unique MBI, regardless of whether one spouse has Medicare based on the other spouse’s work record. If you need to replace your Medicare card, call 1-800-MEDICARE or log into your MyMedicare.gov account to print one.

Choices in the Medicare Program

Medicare beneficiaries have a choice in how they receive their Medicare benefits (see page 3 for a decision tree). They can either receive Original Medicare, in which they use their red, white and blue Medicare card for all Part A and Part B covered services, OR they can receive their Medicare benefits through a Medicare Advantage plan, in which a private company provides them with all Medicare benefits. Medicare Advantage enrollees cannot submit bills to Medicare. This section below explains how Original Medicare functions, as well as costs in the original Medicare program. See page 29 for information on Medicare Advantage plans.

Debe solicitar los beneficios de Medicare ante la Administración del Seguro Social. Puede llamar al 1-800-772-1213, dirigirse a una oficina local del Seguro Social o inscribirse en línea en www.socialsecurity.gov.

¿Cuándo es el período general de inscripción?



La **inscripción en la Parte A de Medicare** es más flexible que la Parte B. Las personas elegibles para la Parte A sin prima a los 65 años pueden inscribirse en la Parte A de Medicare en cualquier momento, y la cobertura puede ser retroactiva hasta seis meses, aunque no antes de la fecha en que se convierten elegibles para Medicare. Los que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social pueden solicitar la Parte A y pagar una prima. Estas personas solo pueden inscribirse durante el período inicial de inscripción y, posteriormente, solo durante el período general de inscripción del 1 de enero al 31 de marzo, con cobertura vigente desde el 1 de julio. Estas personas podrán recibir una multa por inscripción tardía.

Reemplazo de la tarjeta de Medicare: Las tarjetas de Medicare solían tener un número de Seguro Social como identificador. Para fines de 2018, todos los beneficiarios de Medicare deberían haber recibido una tarjeta de Medicare con un identificador asignado aleatoriamente, conocido como identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés). El MBI está compuesto por 11 caracteres que consisten en letras mayúsculas y números. Los cónyuges tendrán cada uno su MBI único, sin importar si alguno de ellos tiene Medicare basado en el registro laboral del otro. Si necesita reemplazar su tarjeta de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE o inicie sesión en su cuenta MyMedicare.gov para imprimir una.

Opciones en el programa Medicare

Los beneficiarios de Medicare tienen una opción respecto de la manera en que reciben sus beneficios de Medicare (ver en la página 3 el diagrama de decisiones). Pueden recibir Medicare Original, en el que utilizan su tarjeta de Medicare azul, blanca y roja para todos los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, o pueden recibir los beneficios de Medicare a través del plan Medicare Advantage, en el que una compañía privada provee todos los beneficios de Medicare. Los inscritos en Medicare Advantage no pueden presentar facturas a Medicare. Esta sección explica cómo funciona Medicare Original así como también los costos del programa de Medicare Original. Consulte la página 29 para obtener información sobre los planes de Medicare Advantage.

Medicare Part A Benefits

Medicare Part A covers inpatient hospital care, skilled nursing facility care, home health care, and hospice care.

Medicare Advantage enrollees get their Part A benefits through their plan and cannot submit bills to Medicare.

Inpatient Hospital Care:

Medicare pays for up to 90 days of medically necessary care in either a Medicare-certified general or psychiatric hospital during a benefit period. A **benefit period** starts when you are admitted to the hospital and continues until you have been out of the hospital or skilled nursing facility for 60 consecutive days. After one benefit period has ended, another one will start whenever you next receive inpatient hospital care. Medicare beneficiaries have 60 lifetime reserve days which can be used after day 90 in a benefit period.

Medicare will pay for a lifetime maximum of 190 days of inpatient psychiatric care provided in a psychiatric hospital. After 190 days have been used, Medicare will pay for additional inpatient psychiatric care only in a general hospital.

Medicare Part A helps pay for a semi-private room, meals, regular nursing services, rehabilitation services, drugs, medical supplies, laboratory tests and X-rays while an inpatient. You are also covered for use of the operating and recovery rooms, mental health services, intensive care and coronary care units, and all other medically necessary services and supplies.

Skilled Nursing Facility Care:

Care in a skilled nursing facility (SNF) is covered by Medicare Part A following a minimum three-day stay as an inpatient in a hospital (not counting the day of discharge). Medicare will help pay for up to 100 days in a SNF in a benefit period.

Observation Status

Hospitals are required to provide Medicare beneficiaries with a Medicare Outpatient Observation Notice (MOON) if they are being held under "observation" for more than 24 hours. Observation is covered by Part B, not Part A, and does not count towards the minimum 3-day inpatient stay that allows for Medicare Part A coverage in a Skilled Nursing Facility.

Beneficios de la Parte A de Medicare

La Parte A de Medicare cubre la atención hospitalaria con internación, la atención en instituciones de enfermería especializada, la atención domiciliaria de la salud y la atención en hogares para enfermos terminales.

Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de la Parte A a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.

Atención hospitalaria con internación:

Medicare paga hasta 90 días de atención médica necesaria en un hospital general o psiquiátrico certificado por Medicare durante cada período de beneficios. Un **período de beneficios** comienza cuando ingresa en el hospital y continúa hasta 60 días consecutivos después de que le hayan dado el alta del hospital o de la institución de enfermería especializada. Después de finalizado un período de beneficios, comenzará otro cada vez que reciba atención hospitalaria con internación. Los beneficiarios de Medicare tienen 60 días de reserva de por vida que pueden utilizarse después del día 90 de un período de beneficios.

Medicare pagará un máximo de por vida de 190 días de atención psiquiátrica con internación provista en un hospital psiquiátrico. Una vez transcurridos los 190 días, Medicare pagará la atención psiquiátrica adicional con internación únicamente en un hospital general.

La Parte A de Medicare colabora con el pago de una habitación compartida, las comidas, los servicios normales de enfermería, los servicios de rehabilitación, los medicamentos, los insumos médicos, los análisis de laboratorio y las radiografías mientras el paciente está hospitalizado. Usted también tiene cobertura por el uso del quirófano y las salas de recuperación, los servicios de salud mental, unidades de cuidados intensivos y coronarios, y todos los demás servicios e insumos médicamente necesarios.

Atención en Centro de enfermería especializada:

La atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) está cubierta por la Parte A de Medicare después de una estadía mínima de tres días como paciente hospitalizado (sin contar el día del alta). Medicare ayudará a pagar hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) en un período de beneficios.

Estatus de observación

Se exige a los hospitales que envíen una Notificación de Observación de Paciente Ambulatorio de Medicare (MOON, por sus siglas en inglés) a los beneficiarios de Medicare si están bajo "observación" durante más de 24 horas. Las observaciones están cubiertas por la Parte B y no por la Parte A, y no cuentan para la estadía mínima de internación de 3 días que permite la cobertura de la Parte A de Medicare en un Centro de enfermería especializada.

Home Health Care: If you are homebound and require skilled care for an injury or illness, Medicare can pay for care provided in your home by a Medicare participating home health agency. Home care can be covered by either Part A or Part B, and is covered at 100%. Part A covers up to 100 days of home care following a minimum 3-day inpatient stay, or a covered stay in a SNF. Part B covers home care under other circumstances; a prior stay in the hospital is not required to qualify for home health care. The services may be provided on a part-time or intermittent basis, not full-time. Coverage is provided for skilled care, including skilled nursing care, physical, occupational, and speech therapy. If you are receiving skilled home care, you may also qualify for other home care services, such as a home health aide and medical social worker.

Those with both Medicare and Medicaid who receive Medicaid-covered home care services must enroll in a managed long-term care (MLTC) plan. See page 55 for more information on MLTC.

Hospice Care: Medicare beneficiaries who are terminally ill can elect to receive hospice care rather than regular Medicare benefits. Hospice care emphasizes providing comfort and relief from pain. Hospice care is generally provided at home and can include physical care, counseling, prescription drugs, equipment, and supplies for the terminal illness and related conditions.

Part A Costs (2020)

- Premium:** premium-free for most people because they or their spouse have at least 40 quarters of coverage with Social Security.
- Those without 40 quarters of coverage with Social Security can pay a monthly premium for Part A coverage.
 - If you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$458 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$252 per month.
 - The QMB Medicare Savings Program may be able to pay the Part A premium for those who do not qualify for premium-free Part A. See page 47.

Inpatient Costs:

Deductible: \$1,408 per benefit period (covers days 1-60)

Additional cost sharing:

- \$352 per day for days 61-90
- \$704 per Lifetime Reserve Day (60 days)

Skilled Nursing Facility Costs:

Days 1-20: Medicare pays 100%

Days 21-100: \$176 per day

If you require more than 100 days of care in a benefit period, you are responsible for all charges beginning with the 101st day. **Note: A stay in a skilled nursing facility is not long term care.**

Atención médica a domicilio: Si está confinado en su domicilio y requiere atención especializada por una lesión o enfermedad, Medicare puede pagar la atención provista en su domicilio a través de una agencia de atención médica domiciliaria que forme parte de Medicare. La atención a domicilio puede estar cubierta por la Parte A o la Parte B, y está cubierta al 100%. La Parte A cubre hasta 100 días de atención domiciliaria después de un mínimo de 3 días de internación o una estadía cubierta en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). La Parte B cubre la atención domiciliaria en otras circunstancias; no se requiere una estancia anterior en el hospital para reunir los requisitos a fin de recibir la atención médica a domicilio. Se pueden prestar los servicios por tiempo parcial o de modo intermitente, no por tiempo completo. Se ofrece cobertura de atención especializada, incluida la atención de enfermería especializada, fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Si está recibiendo atención a domicilio especializada, es posible que también reúna los requisitos para otros servicios de atención domiciliaria, tales como un asistente de atención médica domiciliaria y un trabajador social médico.

Quienes tienen a la vez Medicare y Medicaid y reciben servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid deberán inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo (MLTC, por sus siglas en inglés). Consulte la página 55 para obtener más información sobre la MLTC.

Atención en hogares para enfermos terminales: Los beneficiarios de Medicare que padecen una enfermedad terminal pueden optar por recibir atención en un hogar para enfermos terminales en lugar de los beneficios regulares de Medicare. La atención en hogares para enfermos terminales está dirigida a ofrecer bienestar y alivio del dolor. Este tipo de atención generalmente se brinda en el hogar y puede incluir atención física, asesoramiento, medicamentos recetados, equipos y suministros para la enfermedad terminal y afecciones relacionadas.

Costos de la Parte A (2020)

- Prima:** sin prima para la mayoría de las personas porque ellos o su cónyuge tienen como mínimo 40 trimestres de cobertura con el Seguro Social.
- Los que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social pueden pagar una prima mensual para obtener la cobertura de la Parte A.
 - Si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$458 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$252 por mes.
 - El Programa de ahorro de Medicare QMB podría estar en condiciones de pagar la prima de la Parte A para los que no pueden solicitar la Parte A sin prima. Ver la página 47.

Costos para pacientes internados:

Deducible: \$1,408 por período de beneficios (cubre de los días 1 a 60)

Costo compartido adicional:

- \$352 por día, entre los días 61 y 90
- \$704 por día de reserva de por vida (60 días)

Costos de atención en Centro de enfermería especializada:

Días 1 a 20: Medicare paga el 100%

Días 21 a 100: \$176 por día

Si necesita más de 100 días de atención en un período de beneficios, usted será responsable de todos los gastos a partir del día 101. **Nota: La estadía en una institución de enfermería especializada no se considera atención prolongada.**

Medicare Part B Benefits

Part B of Medicare pays for a wide range of medical services and supplies, but most important is that it helps pay for doctor bills. The medically necessary services of a doctor are covered whether the care is at home, in the doctor’s office, in a clinic, in a nursing home, or in a hospital. Part B covered services:

- | | |
|---|---|
| • Physician services | • Injectibles |
| • Outpatient hospital services | • X-rays |
| • Mental health care | • Lab tests (covered at 100%) |
| • Blood, after the first 3 pints | • Durable medical equipment |
| • Ambulance transportation | • Medical supplies (including test strips and lancets used with blood glucose monitors) |
| • Physical, speech & occupational therapy | • Home care (see page 8) |
| • Preventive & screening tests | |
| • Flu, pneumonia & hepatitis B vaccines | |

Medicare does not pay for routine vision (eyeglasses), hearing aids, dental, routine annual physical exams, and other excluded services.

Medicare Advantage enrollees get their Part B benefits through their plan and cannot submit bills to Medicare.

What Do You Pay Under Part B?

Medicare Part B beneficiaries are responsible for paying a monthly premium, an annual deductible, and a coinsurance for most services. Beneficiaries who receive Social Security benefits have the monthly premium deducted from their check. Those who do not collect Social Security will be billed for their premiums typically on a quarterly basis.

Part B Costs (2020)

Standard monthly **premium** is \$144.60. About 4% of Medicare beneficiaries pay less than this amount.

- Higher income individuals (over \$87,000 for individuals; \$174,000 for married couples) will be responsible for higher premiums, known as the Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA). Social Security determines whether each person is subject to IRMAA by looking at tax returns from 2-years prior; IRMAA is re-evaluated each year. For example, in 2020, SSA looks at your 2018 tax filings. You can request that SSA reconsider your IRMAA amount due to a life-changing event by submitting form SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). See page 75 for more information for the current IRMAA amounts.

Annual Deductible: \$198

Co-insurance: 20% (Medicare pays 80% of Medicare-approved charges)

Beneficios de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare cubre una amplia gama de servicios e insumos médicos, pero lo más importante es que ayuda a pagar los honorarios del médico. Los servicios médicamente necesarios prestados por un médico están cubiertos, independientemente de si la atención se brinda en el domicilio, el consultorio del médico, la clínica, una residencia para ancianos o en un hospital. Servicios cubiertos de la Parte B:

- | | |
|---|---|
| • Servicios médicos | • Medicamentos inyectables |
| • Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio | • Radiografías |
| • Salud mental | • Análisis de laboratorio (cubiertos al 100%) |
| • Sangre, después de las primeras 3 pintas | • Equipo médico duradero |
| • Traslado en ambulancia | • Suministros médicos (incluidas lancetas y tiras reactivas que se utilizan junto con monitores de glucosa en sangre) |
| • Terapia física, ocupacional y del habla | • Atención domiciliaria (ver página 9) |
| • Análisis preventivos y exámenes de detección | |
| • Vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis B | |

Medicare no paga la atención oftalmológica de rutina (anteojos), audífonos, odontología, exámenes físicos anuales de rutina y otros servicios excluidos.

Los afiliados a Medicare Advantage obtienen sus beneficios de la Parte B a través de su plan y no pueden presentar facturas a Medicare.

¿Qué paga usted según los términos de la Parte B?

Los beneficiarios de la Parte B de Medicare son responsables de pagar una prima mensual, un deducible anual y un coseguro para la mayoría de los servicios. A los beneficiarios que reciben beneficios de Seguro Social se les deduce la prima mensual de su cheque de pago. A quienes no lo reciben se les facturará su prima, generalmente en forma trimestral.

Costos de la Parte B (2020)

La **prima** mensual estándar es de \$144.60. Alrededor del 4% de los beneficiarios de Medicare pagan menos que este monto.

- Las personas con mayores ingresos (más de \$87,000 por persona; \$174,000 en el caso de matrimonios) pagarán primas más altas, lo que se conoce como monto de ajuste mensual de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés). El Seguro Social determina si las personas deben pagar el IRMAA al considerar las declaraciones de impuestos de los dos últimos dos (2) años. El monto del IRMAA se reevalúa cada año. Por ejemplo, en 2020, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene en cuenta su declaración de impuestos de 2018. Puede solicitar que la SSA reconsidere su monto del IRMAA debido a un acontecimiento de salud de consecuencias irreversibles mediante la presentación del formulario SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). Consulte la página 75 para obtener más información sobre los montos IRMAA actuales.

Deducible anual: \$198

Coseguro: 20% (Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare)

Can You Get Help with Cost-Sharing Under Original Medicare?

There are several ways to help cover the cost-sharing under Original Medicare, including:

- **Medicare Supplement Insurance (Medigap)** helps Medicare beneficiaries pay their share of the costs not covered by Medicare. These policies fill in the “gaps” of Medicare’s reimbursement, but only for the approved services under Medicare coverage. See page 21 for information on Medigap policies.
- **Retiree/Union Benefits** may work with Original Medicare. Speak to your benefits administrator to understand the policy.
- **Medicaid** works to cover Medicare cost-sharing, as long as you meet Medicaid eligibility requirements. See page 52 for more information.

How Much Can Providers Charge for Services?

There are different relationships that doctors and medical providers can choose to have with the Medicare program. The provider’s category affects how much you will pay for their services. Providers can be “Participating” providers, “Non-Participating” providers, or they can “Opt Out” of the Medicare program.

- If a provider is a **“Participating”** provider, they will always accept the Medicare allowed amount as payment in full (Medicare pays 80% and the beneficiary pays 20%, after you meet the Part B deductible). If you want to find out whether a provider is participating, you can ask, “Is the doctor a participating provider in the Medicare program?” It is best to ask this question when making an appointment, and also to confirm this information at the time of the appointment.
- **“Non-Participating”** providers still have a relationship with the Medicare program; how this category differs from “Participating” providers is in how much they can charge to see a Medicare beneficiary. Non-participating providers can either **“accept assignment”** or **“not accept assignment”** on each claim. If you learn that a provider is Non-Participating, ask, “Will the doctor accept assignment for my claim?”
 - If a provider **accepts assignment**, he or she will accept Medicare’s approved amount for a particular service and will not charge you more than the 20% co-insurance (for most services), after you have met the Part B deductible.
 - If a provider does **not accept assignment**, the charges are subject to a “Limiting Charge,” which is an additional charge over the Medicare-approved amount. The Federal Limiting Charge is 15%. Some states, including NY, have lower limiting charges. For most physician services performed in NY, if the physician does not accept assignment, they can charge no more than 5% above what Medicare allows, with the exception of home and office visits, where they can bill up to the 15% Federal limiting charge.
 - NOTE: It is common for providers who do not accept assignment to request payment in full at the time of services. The provider will submit the claim to Medicare and Medicare will reimburse the beneficiary for the 80%.

¿Cómo puedo obtener ayuda para compartir costos en Medicare Original?

Hay varias maneras de ayudar a cubrir los costos compartidos en Medicare Original, que incluyen:

- **El seguro suplementario de Medicare (Medigap)**, que ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubierta por Medicare. Estas pólizas cubren las diferencias (“gap”, en inglés) de los reembolsos de Medicare, pero solo para los servicios aprobados por la cobertura de Medicare. Consulte la página 21 para obtener información sobre las pólizas de Medigap.
- Los **beneficios para jubilados o sindicales** pueden funcionar con Medicare Original. Hable con su administrador de beneficios para comprender la póliza.
- **Medicaid** funciona para cubrir los costos compartidos de Medicare, en la medida en que usted reúna los requisitos de elegibilidad de Medicaid. Vea la página 52 para obtener más información.

¿Cuánto pueden los proveedores cobrar por sus servicios?

Existen diferentes relaciones que los médicos y los proveedores médicos pueden elegir tener con el programa de Medicare. La categoría del prestador tiene un efecto sobre cuánto pagará usted por sus servicios. Los proveedores pueden ser proveedores “participantes”, proveedores “no participantes” o pueden “excluirse” del programa de Medicare.

- Si un profesional es un proveedor **“participante”**, siempre aceptará la cantidad permitida de Medicare como pago total (Medicare paga el 80% y el beneficiario paga el 20%, después de alcanzar el deducible de la Parte B). Si usted desea saber si un proveedor participa, puede preguntar si el médico es un proveedor participante del programa de Medicare. Es mejor hacer esta pregunta al concertar la cita y, también, confirmar esta información al momento de la cita.
- Los prestadores **“no participantes”** aún tienen una relación con el programa de Medicare. Esta categoría se diferencia de la de los prestadores “participantes” en el monto que pueden cobrar por atender a un beneficiario de Medicare. Los proveedores no participantes pueden **“aceptar la asignación”** o **“no aceptar la asignación”** en cada reclamación. Si usted tiene conocimiento de que un proveedor es No participante, pregunte si el médico aceptará la asignación de su reclamación.
 - Si un médico **acepta la asignación**, aceptará el monto aprobado por Medicare para un servicio en particular y no le cobrará más del 20% de coseguro (para la mayoría de los servicios) una vez que usted haya alcanzado el deducible de la Parte B.
 - Si un médico **no acepta la asignación**, los cargos estarán sujetos a un “Cargo límite”, que es un cargo adicional sobre el monto aprobado por Medicare. El cargo límite federal es del 15%. Algunos estados, incluido Nueva York, tienen cargos límite más bajos. Para la mayoría de los servicios médicos brindados en Nueva York, si el médico no acepta la asignación puede cobrar no más del 5% por encima de lo que permite Medicare, con la excepción de las visitas domiciliarias y al consultorio médico, donde puede facturar hasta el 15% del cargo límite federal.
 - NOTA: Es común que los prestadores que no aceptan una asignación soliciten el pago completo al momento de la prestación del servicio. El prestador presentará el reclamo a Medicare, que reintegrará al beneficiario el 80%.

- Providers who “**Opt Out**” of the Medicare program must enter into a private written contract with any Medicare beneficiary who seeks their treatment. The provider will set a fee for each specific service and the patient agrees to pay the costs, understanding that Medicare will not pay that doctor or reimburse the beneficiary. A Medicare supplement policy (Medigap) will not pay any of these costs either. The Medicare beneficiary is still covered by Medicare for services by other providers.

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage

There is no prior authorization in Original Medicare. As long as Medicare considers a service medically necessary, it will pay for the service, subject to cost-sharing.

If a provider is not sure that Medicare will consider a service “medically necessary,” and therefore not approve a claim, the provider must present the beneficiary with an “Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)” form, indicating the service for which Medicare may not pay. The form must specify the service in question; the date of the service; a specific reason why the service may not be paid for by Medicare; and a place for the beneficiary to sign as proof that they understand and accept responsibility to pay for the service. The beneficiary is not responsible to pay unless he or she signed a valid ABN. The ABN does not apply to services never covered by Medicare (i.e. hearing aids), which are always the beneficiary’s responsibility. The beneficiary retains appeal rights, even with a signed ABN. See page 14 for a sample ABN.

Medicare Summary Notice

A Medicare Summary Notice (MSN) will be mailed quarterly to each Medicare beneficiary for whom a Part A and/or Part B claim was submitted by a provider who accepts Medicare assignment. For claims from providers who do not accept Medicare assignment, a MSN will be mailed as the claims are processed, along with a check to the beneficiary for the 80%, if the beneficiary has already paid for the service.

The MSN also contains information on how you can appeal Medicare claim denials.

Beneficiaries wishing to see their claims sooner can call 1-800-MEDICARE, or they can access their MSNs only by logging into www.mymedicare.gov. One can request to receive the MSN in Spanish by calling 1-800-MEDICARE.

To view a sample MSN for Medicare Parts A and B, as well as an explanation for reading the MSN, visit www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf and www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf.

- Los proveedores que optan por "**excluirse**" del programa de Medicare deben celebrar un contrato privado por escrito con todos los beneficiarios de Medicare que soliciten su tratamiento. El proveedor fijará un cargo para cada servicio en particular y el paciente aceptará pagar los costos, entendiendo que Medicare no le pagará al médico ni reembolsará el dinero al beneficiario. De igual modo, ninguna póliza suplementaria de Medicare (Medigap) pagará estos gastos. El beneficiario de Medicare seguirá gozando de la cobertura de Medicare para los servicios proporcionados por otros proveedores.

Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura

No hay autorización previa en Medicare Original. Mientras Medicare considere que un servicio es médicamente necesario pagará por el servicio, sujeto a costos compartidos.

Si un prestador no está seguro de que Medicare considerará que un servicio es “médicamente necesario”, y que por lo tanto no aprobará un reclamo, el prestador deberá entregar al beneficiario un formulario de notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN, por sus siglas en inglés) en el que se indique cuál es el servicio que posiblemente Medicare no cubre. El formulario debe especificar el servicio en cuestión, la fecha del servicio, un motivo específico por el cual el servicio podría no ser pagado por Medicare y un espacio para que el beneficiario firme como prueba de que entiende y acepta la responsabilidad de pagar dicho servicio. El beneficiario no debe pagar, excepto que haya firmado una ABN válida. La ABN no se aplica a los servicios nunca cubiertos por Medicare (por ejemplo, los audífonos), que siempre están a cargo del beneficiario. El beneficiario conserva los derechos de apelación, incluso con una ABN firmada. Consulte la página 14 para ver un ejemplo de ABN.

Notificación resumida de Medicare

Cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) a cada beneficiario de Medicare por el que se hubiera recibido una reclamación en virtud de la Parte A y/o de la Parte B por parte de un proveedor que acepte la asignación de Medicare. Para los reclamos de proveedores que no aceptan la asignación de Medicare, se enviará un MSN a medida que se procesan los reclamos, junto con un cheque al beneficiario por el 80%, si el beneficiario ya ha pagado el servicio.

La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare denegadas.

Los beneficiarios que deseen ver sus reclamos antes pueden llamar al 1-800-MEDICARE, o pueden acceder a sus MSN simplemente iniciando sesión en www.mymedicare.gov. Puede solicitar recibir el MSN en español llamando al 1-800-MEDICARE.

Para ver un modelo de MSN para las Partes A y B de Medicare, con una explicación sobre cómo leer el MSN, visite www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeA.pdf y www.medicare.gov/pubs/pdf/SummaryNoticeB.pdf.

Medicare Appeals

If you disagree with a Medicare coverage or payment decision, you can file an appeal with Medicare. The Medicare Summary Notice (MSN) has information on the appeals process. You may need to request additional information from your health care provider to support your case. Pay attention to the time limit for filing an appeal.

For quality of care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, such as that you are being discharged from the hospital too soon, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). If you request an immediate review by Livanta, you will not be financially responsible for additional hospital charges until noon of the day following your receipt of Livanta's review decision.

Apelaciones a Medicare

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de Medicare, puede presentar una apelación ante Medicare. La notificación resumida de Medicare (MSN) tiene información sobre el proceso de apelaciones. Es posible que deba solicitar información adicional a su proveedor de atención médica para respaldar su caso. Preste atención a la fecha límite para presentar una apelación.

Para presentar quejas sobre la calidad de la atención o si considera que sus servicios de la Parte A o B de Medicare finalizan demasiado pronto (por ejemplo, lo dan de alta del hospital antes de tiempo), llame a Livanta al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). Si solicita una revisión inmediata por parte de Livanta, usted no será financieramente responsable del pago de los cargos hospitalarios adicionales hasta el mediodía del día posterior a recibir la decisión de la revisión de Livanta.

Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)

NOTE: If Medicare doesn't pay for **D.** _____ below, you may have to pay._

Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the **D.** _____ below.

D.	E. Reason Medicare May Not Pay:	F. Estimated Cost

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
- Ask us any questions that you may have after you finish reading.
- Choose an option below about whether to receive the **D.** _____ listed above.

Note: If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

☐ **OPTION 1.** I want the **D.** _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but **I can appeal to Medicare** by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.

☐ **OPTION 2.** I want the **D.** _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. **I cannot appeal if Medicare is not billed.**

☐ **OPTION 3.** I don't want the **D.** _____ listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and **I cannot appeal to see if Medicare would pay.**

H. Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/**TTY:** 1-877-486-2048).

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

I. Signature:	J. Date:
---------------	----------

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura (ABN)

NOTA: si Medicare no paga los servicios que se describen en **D.** _____ a continuación, tal vez usted deba pagarlos.

Medicare no paga todo, incluso una parte de la atención que usted o su proveedor de atención de la salud tienen buenos motivos para considerar necesaria. Esperamos que Medicare tal vez no pague lo que se incluye en la sección **D.** _____ a continuación.

D.	E. Motivo por el cual Medicare tal vez no pague:	F. Costo aproximado:

LO QUE DEBE SABER:

- Lea esta notificación para que pueda tomar una decisión informada sobre su atención.
- Una vez que la haya leído por completo, háganos las preguntas que necesite.
- Elija una de las siguientes opciones acerca de si desea recibir los servicios que se describen en **D.** _____ que antecede.

Nota: si elige la Opción 1 o 2, podríamos estar en condiciones de ayudarlo a usar otro seguro (si lo tiene), pero Medicare no puede exigir que lo hagamos.

G. OPCIONES: Marque solo una casilla. No podemos elegir una casilla por usted.

☐ **OPCIÓN 1.** Deseo recibir los servicios que se describen en la sección **D.** _____ que antecede. Pueden solicitarme que los pague ahora, pero también deseo que se le facturen a Medicare para que manifiesten la decisión oficial de pago, la que se me envía en una Notificación resumida de Medicare (MSN). Comprendo que si Medicare no paga, seré responsable del pago, pero podré **apelar ante Medicare** siguiendo las instrucciones de la MSN. Si Medicare paga, me reembolsarán los pagos que les haya efectuado, menos los copagos o deducibles que correspondan.

☐ **OPCIÓN 2.** Deseo recibir los servicios que se describen en la sección **D.** _____ que antecede, pero no los facturen a Medicare. Pueden solicitarme que los pague ahora, ya que soy responsable del pago. **No puedo apelar si no se le factura a Medicare.**

☐ **OPCIÓN 3.** No deseo recibir los servicios que se describen en la sección **D.** _____ que antecede. Comprendo que con esta opción, no **seré** responsable del pago, y **no podré apelar para verificar si Medicare los pagaría.**

H. Información adicional:

Esta notificación expresa nuestra opinión y no es la decisión oficial de Medicare. Si tiene alguna otra pregunta sobre esta notificación o la facturación de Medicare, llame a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227/**TTY:** 1-877-486-2048).

Su firma a continuación significa que ha recibido esta notificación y la comprende. También recibirá una copia.

I. Firma:	J. Fecha:
-----------	-----------

Según la Ley de Reducción del Papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona debe responder a una solicitud de recopilación de información salvo que tenga un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta solicitud de recopilación de información es 0938-0566. El tiempo necesario para completar esta solicitud de recopilación de información se estima en un promedio de 7 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la solicitud de recopilación de información. Si tiene comentarios con respecto a la exactitud de los estimados de tiempo, o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

MEDICARE PREVENTIVE SERVICES

Medicare covers nearly all preventive services at 100%, not subject to the Part B deductible and/or 20% coinsurance. Medicare provides coverage for the following preventive services:

Abdominal aortic aneurysm screening	Medicare covers an abdominal aortic screening ultrasound once if you have a family history of abdominal aortic aneurysms, or are a man age 65-75 and have smoked at least 100 cigarettes in your lifetime.
Alcohol misuse screening and counseling	Medicare covers an annual screening for alcohol misuse. For those who screen positive, Medicare will also cover up to four brief, face-to-face behavioral counseling interventions annually.
Bone mass measurements	Procedures to identify bone loss, or determine bone density are covered every 24 months. Women at risk for osteoporosis or who are receiving osteoporosis drug therapy and persons with spine abnormalities qualify for these procedures.
Breast cancer screening (mammogram)	One baseline mammogram is covered between ages 35 and 39. All women with Medicare, aged 40 and older, are provided with coverage for a screening mammogram every 12 months. A diagnostic mammogram is covered at any time there are symptoms of breast cancer. The diagnostic mammogram is subject to the Part B deductible and 20% co-insurance.
Cardiovascular disease (behavioral therapy)	Medicare covers one face-to-face CVD risk reduction visit annually. The visit encourages aspirin use, screening for high blood pressure, and behavioral counseling to promote a healthy diet.
Cardiovascular disease screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
Cervical and vaginal cancer screening (Pap smear and pelvic exam)	A pap test, pelvic exam and clinical breast exam are covered every 24 months, or once every 12 months for women at higher risk for cervical or vaginal cancer. All women with Medicare are covered. Part B also covers Human Papillomavirus (HPV) tests (as part of Pap tests) once every 5 years for women age 30-65 without HPV symptoms.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE MEDICARE

Medicare cubre casi todos los servicios preventivos en un 100%, lo cual no estará sujeto al deducible de la Parte B ni al coseguro del 20%. Medicare proporciona cobertura para los siguientes servicios preventivos:

Examen para aneurisma aórtica abdominal	Medicare cubre por única vez un diagnóstico de ultrasonido para aneurisma aórtica abdominal si tiene antecedentes familiares de este tipo de afección o si es un hombre de entre 65 y 75 años de edad que ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.
Diagnóstico y asesoramiento para el alcoholismo	Medicare cubre un diagnóstico anual del alcoholismo. En caso de un resultado positivo, Medicare también cubrirá hasta 4 intervenciones de asesoramiento breves y personalizadas por año.
Densitometría	Los procedimientos para identificar la pérdida de masa ósea o para determinar la densidad ósea están cubiertos cada 24 meses. Calificarán para estos procedimientos las mujeres con riesgo de osteoporosis o que estén recibiendo un tratamiento con medicamentos para la osteoporosis y las personas con anomalías en la columna.
Detección de cáncer de mama (mamografía)	Entre los 35 y los 39 años se cubre una mamografía de base. Todas las mujeres de 40 años o más que tengan Medicare gozan de cobertura para una mamografía de rutina cada 12 meses. Se cubre una mamografía de diagnóstico en cualquier momento cuando hay síntomas de cáncer de mama. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de la Parte B y al 20% de coseguro.
Enfermedad cardiovascular (tratamiento conductual)	Medicare cubre una visita personalizada de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular por año. La visita tiene por objeto alentar el uso de aspirina, la evaluación de la hipertensión y el asesoramiento conductual tendiente a promover una dieta saludable.
Detección de enfermedades cardiovasculares	Medicare cubre pruebas cardiovasculares para controlar el colesterol y demás concentraciones de grasa en sangre (lípidos) una vez cada 5 años.
Detección de cáncer de cuello uterino y vaginal (Papanicolaou y examen pélvico)	El Papanicolau, el examen pélvico y el control mamario clínico están cubiertos cada 24 meses o una vez cada 12 meses en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello de útero o vaginal. Todas las mujeres con Medicare gozan de cobertura. La Parte B también cubre las pruebas del virus del papiloma humano (VPH) como parte de las pruebas de Papanicolaou, una vez cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años sin síntomas de VPH.

Colorectal cancer screening	Fecal Occult Blood Test: covered once every 12 months. Flexible Sigmoidoscopy: covered once every 48 months. Colonoscopy: covered once every 24 months if you are at higher risk for colon cancer. If you are not at higher risk it is covered once every 10 years but not within 48 months of a screening flexible sigmoidoscopy. Barium Enema: this can be substituted for a flexible sigmoidoscopy or colonoscopy; you pay 20% of the Medicare-approved amount. Cologuard™ test: covered once every 3 years for people with Medicare who are between 50 and 85 years old; show no signs or symptoms of colorectal disease; and are at average risk of developing colorectal cancer.
Depression screening	Medicare covers depression screenings by your primary care doctor once every 12 months.
Diabetes screening	Medicare covers up to 2 diabetes screenings per year for people at risk for diabetes.
Diabetes prevention	Medicare covers a one-time health behavior change program to help prevent type 2 diabetes for people who meet the clinical requirements and who have never been diagnosed with type 1 or type 2 diabetes or End-Stage Renal Disease (ESRD).
Diabetes self-management training	Medicare covers training for people with diabetes to teach them to manage their condition and prevent complications.
Glaucoma tests	People at high risk for glaucoma, including people with diabetes or a family history of glaucoma, are covered once every 12 months. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible.
Hepatitis B virus infection screening	Medicare covers an annual Hep B screening for those at risk who do not get a Hep B shot; Medicare also covers Hep B screening for those who are pregnant.
Hepatitis C screening test	Medicare covers one Hepatitis C screening test for people born between 1945-1965, and a yearly repeat screening for certain people at high risk.
HIV screening	Covered once every 12 months for any beneficiary who requests the test.
Lung cancer screening	Medicare covers lung cancer screening every 12 months for people who are age 55-77 and are either a current smoker or have quit smoking within the last 15 years.

Control del cáncer colorrectal	Prueba de sangre oculta en heces: cubierta una vez cada 12 meses. Sigmoidoscopia flexible: cubierta una vez cada 48 meses. Colonoscopia: cubierta una vez cada 24 meses si usted corre alto riesgo de padecer cáncer de colon. Si usted no corre alto riesgo, la cobertura es una vez cada 10 años pero no dentro de los 48 meses de realizada una sigmoidoscopia flexible de rutina. Enema de bario: puede reemplazarse por una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia, y usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare. Prueba Cologuard™: cubierta una vez cada 3 años para personas con Medicare que tienen entre 50 y 85 años de edad, que no muestran signos o síntomas de enfermedad colorrectal y que tienen un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal.
Diagnóstico de la depresión	Medicare cubre las pruebas diagnósticas de la depresión por el médico de cabecera una vez cada 12 meses.
Detección de diabetes	Medicare cubre hasta 2 exámenes de detección de diabetes por año para personas con riesgo de sufrir diabetes.
Prevención de diabetes	Medicare cubre un programa único de cambio de comportamiento de salud para ayudar a prevenir la diabetes tipo 2 para las personas que cumplen con los requisitos clínicos y que nunca han sido diagnosticadas con diabetes tipo 1 o tipo 2 o enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).
Entrenamiento de autocontrol de la diabetes	Medicare cubre el entrenamiento para personas con diabetes, a fin de enseñarles a manejar su afección y prevenir complicaciones.
Pruebas de glaucoma	En el caso de las personas con alto riesgo de desarrollar glaucoma, incluidas las personas con diabetes o con antecedentes familiares de glaucoma, las pruebas de detección del glaucoma están cubiertas una vez cada 12 meses. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Detección de infección por el virus de la hepatitis B	Medicare cubre un examen anual de hepatitis B para aquellas personas que están en riesgo y que no obtienen una vacuna contra la hepatitis B. Medicare también cubre el examen de hepatitis B para las embarazadas.
Examen de detección de Hepatitis C	Medicare cubre un examen de detección de Hepatitis C para determinadas personas nacidas entre 1945 y 1965, y una repetición anual del examen para determinadas personas con alto riesgo.
Detección del VIH	Cubierta una vez cada 12 meses para cualquier beneficiario que la solicite.
Examen de cáncer de pulmón	Medicare cubre un examen de cáncer de pulmón cada 12 meses para personas entre 55 y 77 años y que sean fumadores actuales o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años.

Medical nutrition therapy	Medicare covers 3 hours of one-on-one counseling services the first year, and 2 hours each year after that for beneficiaries with diabetes or kidney disease.
Obesity screening and counseling	If you have a body mass index of 30 or more, Medicare covers a dietary assessment as well as intensive behavioral counseling and behavioral therapy.
Physical exam	An initial preventive physical exam will be covered during the first twelve months of Medicare Part B enrollment. Also, an annual wellness visit is covered for all people with Medicare Part B, but not within 12 months of the initial exam.
Prostate cancer screening	Digital Rectal Examination: Covered once every 12 months for men aged 50 and older. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible. Prostate Specified Antigen (PSA) blood screening test: Covered once every 12 months for men aged 50 and older.
Sexually transmitted infections (STIs) screening and counseling	Medicare covers screening for chlamydia, gonorrhea, syphilis and Hepatitis B, as well as high intensity behavioral counseling (HIBC) to prevent STIs. The screening is for up to two individual 20 to 30 minute, face to face counseling sessions annually for those at increased risk for STIs, if referred for this service by a primary care provider and provided by a Medicare eligible primary care provider in a primary care setting.
Smoking and tobacco use cessation counseling	Counseling to stop smoking. Medicare will cover up to 8 face-to-face visits during a 12-month period for beneficiaries who use tobacco.
Vaccinations/shots	- Flu: Covered once per flu season. - Pneumonia: Usually only needed once in a lifetime. A different, second shot, is covered 12 months after you get the first shot. - Hepatitis B: Covered if at high or intermediate risk.

Tratamiento médico nutricional	Medicare cubre 3 horas de servicios de asesoramiento presenciales para el primer año y, luego, 2 horas anuales para los beneficiarios con diabetes o enfermedad renal.
Diagnóstico y asesoramiento para la obesidad	Si su índice de masa corporal es de 30 o más, Medicare cubre una evaluación de la dieta, además de un asesoramiento conductual intensivo y terapia conductual.
Examen físico	Durante los primeros doce meses a partir de la inscripción en la Parte B de Medicare, estará cubierto un examen físico inicial preventivo. Además, se cubre una visita anual de bienestar para todas las personas inscritas en la Parte B de Medicare que no están dentro del periodo de examen inicial de 12 meses.
Examen de cáncer de próstata	Examen rectal digital: cubierto una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B. Prueba de detección en sangre del antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés): cubierto una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años.
Detección y asesoramiento para enfermedades de transmisión sexual (ETS)	Medicare cubre el diagnóstico de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B, además del asesoramiento conductual intensivo (HIBC, por sus siglas en inglés) tendiente a prevenir las ETS. El diagnóstico incluye hasta dos sesiones individuales de asesoramiento, personalizadas y de 20 a 30 minutos de duración cada año, para las personas que están expuestas a un mayor riesgo de ETS, si han sido derivadas para el servicio por el médico de cabecera y si son provistas por un médico de cabecera que participa de Medicare en un entorno de atención primaria.
Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco	Asesoramiento para dejar de fumar. Medicare cubrirá hasta 8 visitas presenciales durante un periodo de 12 meses para los beneficiarios que consuman tabaco.
Vacunas/inyecciones	- Gripe: cubierta una vez en cada temporada de gripe. - Neumonía: por lo general, solo se necesita una vez en la vida. Se cubre una segunda inyección, diferente, 12 meses después de haber recibido la primera inyección. - Hepatitis B: cubierta si tiene un riesgo alto o intermedio.

MEDICARE AS SECONDARY PAYER
WHO PAYS FIRST?

When a person has Medicare and other health insurance coverage, it is necessary to understand which insurance is primary, and which is secondary. The primary insurance is the one that will consider the claim first and the secondary insurance will consider any balance after the claim has been paid or denied by the primary insurance.

Individuals who are new to Medicare will receive a letter in the mail asking that they complete the Initial Enrollment Questionnaire (IEQ). This questionnaire asks if you have group health plan coverage through your employer or a family member's employer. The IEQ can be completed online, at the beneficiary's MyMedicare.gov account, or over the phone by calling 1-855-798-2627.

If you have questions about who pays first, or if your coverage changes, call the Medicare Benefits Coordination & Recovery Center (BCRC) at 1-855-798-2627.

This chart shows who pays first in cases where someone has Medicare and insurance from a current employer:

YOU ARE...	YOUR EMPLOYER	MEDICARE WILL PAY...
65+ covered by employer plan	Less than 20 employees	First. Employer plan second.
65+ covered by employer plan	20 or more employees	Second. Employer plan first.
65+ covered by spouse's employer plan	Less than 20 employees	First. Employer plan second.
65+ covered by spouse's employer plan	20 or more employees	Second. Employer plan first.
Disabled under 65 covered by employer plan	Less than 100 employees	First. Employer plan second.
Disabled under 65 covered by employer plan	100 or more employees	Second. Employer plan first.
Disabled under 65 covered by other family member plan	Less than 100 employees	First. Employer plan second.
Disabled under 65 covered by other family member plan	100 or more employees	Second. Employer plan first.
Any age with End Stage Renal Disease (ESRD) covered by employer plan of self or other family member	Any number of employees	Second for the first 30 months of Medicare enrollment. After 30 months, Medicare is primary.

MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO
¿QUIÉN PAGA PRIMERO?

Cuando una persona tiene Medicare y otra cobertura de seguro de salud, es necesario determinar cuál de los seguros es el primario y cuál es el secundario. El seguro primario es el que considerará primero la reclamación, y el secundario considerará el saldo una vez que la reclamación haya sido pagada o rechazada por el seguro primario.

Las personas nuevas en Medicare recibirán una carta por correo en la que se les pedirá que completen el Cuestionario Inicial de Inscripción (IEQ). En el cuestionario se pregunta si usted tiene cobertura de un plan colectivo de salud a través de su empleador o del empleador de un miembro de su familia. El cuestionario IEQ puede completarse en línea, en la cuenta MyMedicare.gov del beneficiario o por teléfono llamando al 1-855-798-2627.

Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si cambia su cobertura, llame al Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios de Medicare (BCRC) al 1-855-798-2627.

Esta tabla muestra quién paga primero cuando una persona tiene Medicare y cobertura de seguro de un empleador actual:

USTED TIENE...	SU EMPLEADOR	MEDICARE PAGARÁ...
Más de 65, cubierto por plan del empleador	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador	20 o más empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	Menos de 20 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Más de 65, cubierto por plan del empleador del cónyuge	20 o más empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del	100 o más empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Personas discapacitadas de menos de 65 años cubiertas por un plan de otro miembro de la familia	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas discapacitadas de menos de 65 años cubiertas por un plan de otro miembro de la familia	100 o más empleados	Segundo. Plan del empleador, primero.
Persona de cualquier edad con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubierta por el plan del empleador o el plan propio o de otro miembro de la familia	Sin importar la cantidad de empleados	Segundo, durante los primeros 30 meses de inscripción en Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.

Employer Group Health Plans (EGHP) and Medicare: When people have both employer coverage and Medicare, the size of the employer determines whether Medicare is the primary or secondary insurer.

- **Working after age 65** - If there are 20 or more employees in the company where a Medicare beneficiary or spouse work, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 20 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary. Medicare Part B is always an option to those who are working who have employer coverage. Some employers require that those who are eligible for Medicare enroll in Medicare Parts A and/or B; it is advised to contact the employer about this issue.

At the time of retirement, the employee needs to consider enrolling in Medicare Part B, since Medicare Part B will be the primary insurance upon retirement. See page 6 for information on Medicare's Special Enrollment Period.

- **Disability and Medicare:** If you have health insurance coverage based on your own, your spouse's or family member's active employment, for an employer of 100 or more employees, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 100 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary.
- **End Stage Renal Disease (ESRD):** Some individuals are eligible for Medicare Part B coverage because they have End Stage Renal Disease and are either receiving maintenance dialysis treatments or have had a kidney transplant. If there is an EGHP (regardless of whether it is based on current employment), that coverage is primary during the first 30 months of Medicare eligibility. After 30 months, Medicare is primary.
- **Worker's Compensation and Medicare:** Worker's Compensation is usually primary in the event of a job-related injury and covers only health care expenses related to the injury. In cases where the Workers Compensation plan does not pay promptly, Medicare may make a conditional payment; Medicare would then be reimbursed when the payment comes through. The Benefits Coordination & Recovery Center (BCRC) assists with this function.
- **Liability Insurance and Medicare:** In situations of an accident or injury, the expenses of medical care may be covered by other types of insurance such as no-fault or automobile insurance, homeowners or malpractice policies. Since many liability claims take a long time to be settled, Medicare can make conditional payments for these cases to avoid delays in reimbursement to providers and liability to beneficiaries. Medicare will pay the claim and later seek to recover the conditional payments from the settlement amount.

Plan colectivo de salud del empleador (EGHP, por sus siglas en inglés) y Medicare: Cuando las personas tienen cobertura del empleador y Medicare, el tamaño del empleador determina si Medicare es la aseguradora primaria o secundaria.

- **Trabajar después de los 65 años:** si hay 20 o más empleados en la empresa donde trabaja un beneficiario o cónyuge de Medicare, el EGHP es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 20 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. La Parte B de Medicare siempre es una opción abierta a los trabajadores con cobertura de su empleador. Algunos empleadores exigen que las personas que reúnen los requisitos para Medicare se inscriban en las Partes A y/o B de Medicare; se aconseja comunicarse con el empleador para hablar sobre este tema.

Al jubilarse, el empleado debe considerar si se inscribe en la Parte B de Medicare, debido a que la Parte B de Medicare será su seguro principal cuando se jubile. Consulte la página 6 para obtener información sobre el período especial de inscripción de Medicare.

- **Discapacidad y Medicare:** Si tiene una cobertura de seguro de salud basada en el empleo activo de su cónyuge o familiar, para un empleador que cuenta con 100 o más empleados, el EGHP es primario y Medicare es secundario. Si cuenta con menos de 100 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario.
- **Enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):** algunas personas reúnen los requisitos para la cobertura de la Parte B de Medicare porque padecen de enfermedad renal en etapa terminal y se están sometiendo a tratamientos de diálisis de mantenimiento o han recibido un trasplante de riñón. Si hay un EGHP (independientemente de si se basa en el empleo actual), esa cobertura es primaria durante los primeros 30 meses de elegibilidad de Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.
- **Indemnización laboral y Medicare:** por lo general, la indemnización a los empleados es el seguro primario en caso de una lesión laboral y cubre solo los gastos de atención médica relacionados con la lesión. En casos en los que el plan de Indemnización laboral no pague con prontitud, Medicare puede hacer un pago condicional y, en ese caso, se reembolsará a Medicare cuando se concrete el pago. El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCRC, por sus siglas en inglés) brinda asistencia relativa a esta función.
- **Seguro de responsabilidad civil y Medicare:** en caso de accidente o lesión, los gastos de atención médica pueden estar cubiertos por otros tipos de seguros, tales como seguros "no fault" (sin negligencia) o del automóvil, pólizas de propietarios de vivienda o de mala praxis. Ya que la resolución de muchas de estas reclamaciones toman bastante tiempo, Medicare puede hacer pagos condicionales en estos casos para evitar demoras en el reembolso a los proveedores y responsabilidad para los beneficiarios. Medicare pagará la reclamación y luego buscará recuperar el pago condicional por el monto del pago.

Retiree health coverage: Generally speaking, in cases where one has both Medicare and retiree health insurance, Medicare is primary and retiree coverage is secondary. Some retiree benefits work more like a supplement to Original Medicare, while others act more like a Medicare Advantage plan. You must speak to the benefits administrator to understand how your retiree benefits coordinate with Medicare.

Federal Employee Health Benefits (FEHB): Unlike most retiree plans that require enrollment in Medicare, the Federal Employees Health Benefits (FEHB) program can continue to pay as primary if the individual does not enroll in Medicare. FEHB members should enroll in Part A to cover some of the costs that the FEHB plan may not cover, but can make a decision about whether to enroll in Part B. FEHB members have three choices:

1. FEHB and NO Part B. Members can continue with their FEHB coverage without signing up for Medicare, which will save them the cost of the monthly Part B premium. If these members later decide they want Part B, they will need to wait until the next General Enrollment Period to sign up for Part B and will be subject to a late enrollment penalty in the form of a higher monthly Part B premium.
2. FEHB and Part B. Members can continue with their FEHB coverage and also enroll in Part B. Some FEHB plans may provide an incentive to enroll in Medicare, such as reducing out-of-pocket costs and waiving FEHB plan co-payments, deductibles, and coinsurance. Members electing to participate in both Medicare and FEHB will need to pay both the FEHB and Part B premiums.
3. Part B and NO FEHB. Unlike most retirees, Federal retirees can SUSPEND (not cancel) their retiree coverage to enroll in a Medicare Advantage plan, which may have a lower monthly premium or no added premium at all. Individuals choosing this option will still need to enroll in Part B in order to enroll in a Medicare Advantage plan, but they will avoid the higher cost of the FEHB premium. Additionally, they may elect to return to FEHB coverage during the next FEHB Open Enrollment period.

Visit the Office of Personnel Management (OPM) website for more information about Medicare and FEHB at <http://www.opm.gov/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf>, and <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

Cobertura de salud para jubilados: En general, en los casos en que una persona tiene a la vez Medicare y seguro médico para jubilados, Medicare es la cobertura principal y la cobertura para jubilados es la secundaria. Algunos de los beneficios para jubilados funcionan como un complemento de Medicare Original, mientras que otros actúan de manera similar a un plan Medicare Advantage. Debe comunicarse con el administrador de beneficios para comprender cómo se coordinan sus beneficios para jubilados con Medicare.

Beneficios Médicos para Empleados del Gobierno Federal (FEHB, por sus siglas en inglés): a diferencia de la mayoría de los planes para jubilados, que exigen la inscripción en Medicare, el programa de Beneficios Médicos para Empleados del Gobierno Federal puede seguir siendo el plan principal si la persona no se inscribe en Medicare. Los afiliados del plan FEHB deberán inscribirse en la Parte A para obtener la cobertura de algunos de los costos que es posible que el plan FEHB no cubra; sin embargo, pueden tomar la decisión de inscribirse en la Parte B. Los afiliados del plan FEHB tienen tres opciones:

1. Afiliarse a FEHB y NO a la Parte B. Los afiliados pueden continuar con su cobertura de FEHB sin inscribirse en Medicare, lo que les ahorrará los costos de la prima mensual de la Parte B. Si estos afiliados más tarde deciden inscribirse en la Parte B, deberán esperar hasta el siguiente período de inscripción general, y quedarán sujetos a una multa por inscripción tardía a través del pago de una prima mensual mayor de la Parte B.
2. FEHB y Parte B. Los miembros pueden continuar con su cobertura FEHB y también inscribirse en la Parte B. Algunos planes de FEHB pueden ofrecer un incentivo para inscribirse en Medicare, como una reducción de los costos de bolsillo y la exención de los copagos, deducibles y coseguro del plan FEHB. Los afiliados que elijan participar en Medicare y FEHB a la vez deberán pagar las primas del plan FEHB y de la Parte B.
3. Afiliarse a la Parte B y no al plan FEHB. A diferencia de la mayoría de los jubilados, los empleados federales jubilados pueden SUSPENDER (no cancelar) su cobertura de jubilación para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, que podrá tener una prima mensual inferior o ninguna prima. Quienes eligen esta opción de todos modos necesitarán inscribirse en la Parte B para ingresar a un plan Medicare Advantage; no obstante, evitarán pagar el costo mayor de la prima del plan FEHB. Asimismo, podrán elegir regresar a la cobertura de FEHB durante el siguiente período de inscripción abierta al programa FEHB.

Visite la Oficina de Gestión del Personal (OPM, por sus siglas en inglés) para obtener más información sobre Medicare y FEHB en, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf> y <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (Medigap)

Medicare Supplement Insurance (Medigap) is specifically designed to help cover the costs sharing in Original Medicare Parts A and B coverage. Regulated by federal and state laws, the policies can only be purchased from private companies. You must have Medicare Parts A and B to purchase a Medigap policy. Medigap policies sold today do not include drug coverage.

Why do I need A Medigap policy?

A Medigap policy offers reimbursement for out-of-pocket health service costs not covered by Medicare, which are the beneficiary's share of costs. For example, a Medigap policy might cover the Part A deductible, the Part B outpatient co-insurance of 20% of allowed charges, and other costs. **Note that some plans only cover a percentage of these costs, while other plans cover them in full.** Medicare Advantage plan enrollees should not enroll in a Medigap plan, as this would duplicate coverage they have through their Medicare Advantage plan.

What Medigap policies are available?

There are ten standard Medigap policies available, designated "A" through "N." Each of the policies covers the basic benefit package, plus a combination of additional benefits. Older Medigap policies from before the 1992 standardization are still in effect, but cannot be offered to new enrollees. Individuals with an older policy can switch to a new, standard policy, but would not be allowed to go back to the old policy. Effective June 1, 2010, plans E, H, I and J are no longer offered to new enrollees; individuals with these policies can maintain their existing coverage, but may wish to compare benefits with the premium cost to determine whether their plan remains cost effective.

New!

Individuals newly eligible for Medicare on or after January 1, 2020, are not be able to purchase Medigap Plan C or Plan F, including high deductible Plan F.

When can I enroll in a Medigap policy?

In New York State, you can purchase a Medigap policy at any time when you are enrolled in Medicare. You are guaranteed the opportunity to purchase a policy even if you are under age 65 and have Medicare due to disability.

When can I switch Medigap policies?

In New York State, you can switch the company from which you get the Medigap policy, as well as the type of Medigap policy, at any time. Some companies require you to remain in a certain plan for a period of time before switching to a different plan that they offer. However, you can still get the desired plan from a different company that offers that plan.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) está diseñado de forma específica para ayudar a cubrir el costo compartido en la cobertura de las Partes A y B de Medicare Original. Las pólizas, que están reglamentadas por leyes federales y estatales, solo pueden contratarse a través de compañías privadas. Para contratar una póliza de Medigap, usted debe tener las Partes A y B de Medicare. Las pólizas de Medigap vendidas hoy en día no incluyen la cobertura de medicamentos.

¿Por qué necesito una póliza de Medigap?

Una póliza de Medigap le ofrece el reembolso de los gastos en servicios de salud pagados de bolsillo que no sean cubiertos por Medicare y que constituyan la participación en los gastos que le corresponde al beneficiario. Por ejemplo, una póliza Medigap podría cubrir el deducible de la Parte A, el coseguro de paciente ambulatorio de la Parte B del 20% de los gastos admitidos, y otros costos. **Tenga en cuenta que los planes solo cubren un porcentaje de estos costos, mientras que otros planes los cubren en su totalidad.** Los afiliados de un plan de Medicare Advantage no deben inscribirse en un plan de Medigap, dado que esto duplicaría la cobertura que reciben mediante el plan de Medicare Advantage.

¿Qué pólizas de Medigap hay disponibles?

Hay diez pólizas estándar de Medigap disponibles, que se designan con las letras "A" a la "N". Cada una de estas pólizas cubre el paquete de beneficios básicos, además de una combinación de beneficios adicionales. Las pólizas más antiguas de Medigap, anteriores a la estandarización de 1992, aún están vigentes, pero no pueden ofrecerse a los nuevos afiliados. Los titulares de pólizas más antiguas pueden cambiar a una póliza nueva y estándar, pero luego no podrán regresar a la póliza antigua. Desde el 1 de junio de 2010, ya no se ofrecen los planes E, H, I y J a nuevos inscriptos; las personas que tienen estas pólizas pueden mantener su cobertura actual, pero es posible que quieran comparar los beneficios con el costo de la prima para determinar si su plan continúa siendo rentable.

¡Nuevo!

Las personas recientemente elegibles para Medicare a partir del 1 de enero de 2020 no podrán comprar planes C o planes F de Medigap, incluido el plan F con deducible alto.

¿Cuándo puedo inscribirme en una póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, usted puede contratar una póliza de Medigap en cualquier momento si está afiliado a Medicare. Se le garantiza la oportunidad de contratar una póliza, incluso si usted es menor de 65 y tiene cobertura de Medicare por discapacidad.

¿Cuándo puedo cambiar de póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, usted puede cambiar en cualquier momento la compañía a través de la cual obtiene la póliza de Medigap, al igual que el tipo de póliza de Medigap. Algunas compañías le exigen que permanezca en cierto plan por un periodo determinado antes de cambiar a un plan diferente que ellas ofrecen. No obstante, usted puede obtener el plan que desee por parte de otra compañía que lo ofrezca.

How do I choose a Medigap policy?

Since Medigap plans are standardized, you first need to decide the level of coverage you need. Once you establish which set of benefits is right for you, you can compare the premium, service and reputation of the insurance companies. Most Medigap insurers have linked their computers with the computers at Medicare, so that your claims can be processed without additional paperwork ("electronic crossover"). Companies can bill the premium monthly, quarterly or annually; your preference may be for a particular payment schedule.

How am I protected?

All standard Medigap policies sold today are guaranteed renewable. The insurance company cannot refuse to renew the policy unless you do not pay the premiums or you made misrepresentations on the application. Federal law prohibits an insurance company or salesperson from selling you a second Medigap policy that duplicates coverage of one you already have, thus protecting you from pressure to buy more coverage than you need. You can switch Medigap policies whenever you need a different level of coverage. For example, when your health needs are greater, you can arrange to purchase a Plan G, if you find plan B is too limited. The new Medigap policy would replace the previous one. DO NOT CANCEL THE OLD POLICY UNTIL THE NEW ONE IS IN EFFECT.

How are premiums determined?

In New York State, you are protected by "community rating." The monthly premium set by an insurance company for one of its standard Medigap policies is required to be the same without regard to age, gender or health condition. That means that the premium for Plan N from one insurance company will be the same for a woman, aged 72 in poor health as it will be for a man, aged 81, in good health. A chart of the ten standard plans follows the description of the plans. See page 28 for a listing of insurance companies and their premiums for Medicare beneficiaries in New York City.

When will my coverage start if I have a pre-existing health condition?

The maximum period that a Medigap policy's coverage can be denied for a pre-existing health condition is the first six months of the new policy and only for those claims that are directly related to that condition. A pre-existing condition is a condition for which medical advice was given, or treatment was recommended by, or received from, a physician within six months before the effective date of coverage. You may qualify for **immediate** coverage for a pre-existing health condition (1) if you buy a policy during the open enrollment period or (2) if you were covered under a previous health plan for at least six months without an interruption of more than 63 days. If your previous health plan coverage was for less than six months, your new Medigap policy must credit you for the number of months you had coverage. Some insurers have shorter waiting periods for pre-existing conditions. A chart with the waiting periods for pre-existing conditions can be found online at www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

¿Cómo elijo mi póliza de Medigap?

Debido a que los planes de Medigap están estandarizados, primero debe decidir el nivel de cobertura que necesita. Una vez que haya determinado el grupo de beneficios que mejor se adapta a sus necesidades, puede comparar la prima, el servicio y la reputación de las compañías de seguros. La mayoría de las compañías de seguros que ofrecen Medigap han conectado sus computadoras con las computadoras de Medicare, para que sus reclamaciones puedan ser procesadas sin mucho papeleo ("intercambio electrónico de datos"). Las compañías pueden facturarle la prima por mes, por trimestre o por año, según su preferencia en términos de cronograma de pagos.

¿Qué protección tengo?

Todas las pólizas estándar de Medigap que se venden en la actualidad tienen garantía de renovación. La compañía de seguros no puede rechazar la renovación de la póliza, a menos que usted no pague las primas o haya falseado datos en la solicitud. Las leyes federales prohíben a la compañía de seguros o al productor de seguros venderle una segunda póliza de Medigap que duplique la cobertura de una que usted ya tiene, lo cual lo protege de la presión de comprar más cobertura de la que necesita. Usted puede alternar las pólizas de Medigap cada vez que necesite un nivel de cobertura diferente. Por ejemplo, cuando tiene mayores necesidades médicas, puede acordar la compra de un plan G si le parece que el plan B es demasiado limitado. La nueva póliza de Medigap reemplazará a la anterior. NO CANCELE LA PÓLIZA ANTIGUA HASTA QUE ENTRE EN VIGENCIA LA NUEVA.

¿Cómo se establecen las primas?

En el estado de Nueva York, usted está protegido por la "tasación comunitaria". La prima mensual establecida por una compañía de seguros para una de sus pólizas de Medigap estándar debe ser la misma, independientemente de la edad, el sexo o el estado de salud. Esto significa que la prima por un Plan N de una compañía de seguros será la misma para una mujer de 72 años con mala salud que para un hombre de 81 años que goza de buena salud. Luego de la descripción de los planes, se incluye un cuadro que incluye los diez planes estándar. Consulte la página 28 para obtener una lista de aseguradoras y sus primas para beneficiarios de Medicare en la Ciudad de Nueva York.

¿Cuándo comienza mi cobertura si tengo una enfermedad preexistente?

El periodo máximo por el cual puede negarse la cobertura de una póliza de Medigap debido a una enfermedad preexistente es de los primeros seis meses a partir de la obtención de la nueva póliza y solo para las reclamaciones directamente relacionadas con dicha afección. Una enfermedad preexistente es una enfermedad para la que un médico ofreció asesoramiento médico o recomendó tratamiento, o que fue tratada por un médico, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura. Usted puede reunir los requisitos para una cobertura **inmediata** de un problema de salud preexistente (1) si contrata una póliza durante el período de inscripción abierta o (2) si usted tuvo cobertura de un plan de salud anterior durante, al menos, seis meses sin interrupciones superiores a los 63 días. Si su cobertura del plan médico anterior fue por un período inferior a seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas aseguradoras tienen períodos de espera más breves para afecciones preexistentes. Puede encontrar en línea un cuadro con los períodos de espera para las enfermedades preexistentes en www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

What paperwork will I receive from my Medigap insurer?

A Medigap insurance company is required to send you an Explanation of Benefits to document that it paid its portion of your claims. Combined with the Medicare Summary Notice (MSN) which you receive from Medicare, you will have the total information about how your health care claim was processed.

STANDARD MEDIGAP PLANS

Below are the ten standard Medigap plans, Plans A–N, and the benefits provided by each:

PLAN A (the basic policy) consists of these **basic benefits**:

- Coverage for the Part A copayment amount (\$352 per day in 2020) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A copayment amount (\$704 per day in 2020) for each of Medicare’s 60 non-renewable lifetime hospital inpatient reserve days.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder’s lifetime.
- Coverage for Medicare Part A hospice care cost-sharing.
- Coverage under Medicare Parts A and B for the reasonable cost of the first 3 pints of blood or equivalent quantities of packed red blood cells per calendar year unless replaced in accordance with federal regulations.
- Coverage for the coinsurance amount for Part B services (generally 20% of approved amount), after the annual deductible is met (\$198 in 2020).

PLAN B includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible (\$1,408 per benefit period in 2020).

PLAN C¹ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care copayment amount (\$176 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2020).
- Coverage of the Medicare Part B deductible (\$198 per calendar year in 2020).
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

¹ Plans C, F and F+ are only available after January 1, 2020 to individuals who first become eligible for Medicare prior to January 1, 2020.

¿Qué documentación recibiré de mi asegurador de Medigap?

La compañía de seguros de Medigap debe enviarle una Explicación de los beneficios para demostrar que ha pagado su parte de las reclamaciones. Junto con la Notificación resumida de Medicare (MSN) que recibirá de Medicare, tendrá la información completa de cómo fue procesada su reclamación de atención médica.

PLANES MEDIGAP ESTÁNDAR

A continuación encontrará los diez planes Medigap estándar, los planes A a N, y los beneficios provistos por cada uno de ellos:

PLAN A (póliza básica) ofrece los siguientes **beneficios básicos**:

- Cobertura del monto del coseguro de la Parte A (\$352 por día en 2020) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de la Parte A (\$704 por día en 2020) por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días no renovables de por vida de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura para la participación de los costos de atención en hogares para enfermos terminales en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura en virtud de las Partes A y B de Medicare por el costo razonable de las primeras 3 pintas de sangre o cantidades equivalentes de concentrados de glóbulos rojos por año calendario, salvo reemplazo conforme a las disposiciones federales.
- Cobertura del monto del coseguro para los servicios de Parte B (generalmente el 20% del monto aprobado), una vez alcanzado el deducible anual (\$198 en 2020).

El PLAN B incluye **el beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A (\$1,408 por periodo de beneficios en 2020).

El PLAN C¹ incluye **el beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada (\$176 por día desde el día 21 hasta el día 100 por periodo de beneficios en 2020).
- Cobertura del deducible de la Parte B de Medicare (\$198 por año calendario en 2020).
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

¹ Los planes C, F y F+ solo estarán disponibles luego del 01/ENE/2020 para individuos que por primera vez se vuelvan elegibles para Medicare antes del 01/ENE/2020.

PLAN D includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

PLAN F¹ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily coinsurance amount.
- Coverage for the Medicare Part B deductible.
- Coverage for 100% of Medicare Part B excess charges, also known as limiting charge².
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

PLAN F+¹ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan F, but you will have to pay a \$2,340 deductible in 2020 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums.

PLAN G includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- Coverage for 100% of Medicare Part B excess charges, also known as limiting charge¹.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

New

PLAN G+ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan G, but you will have to pay a \$2,340 deductible in 2020 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums. While Plan G does not cover the Part B deductible, the amount that you pay towards the deductible is credited towards the G+ deductible.

Effective June 2010, Medigap policies E, H, I and J are no longer sold to new policyholders. However, individuals who had an E, H, I or J policy prior to June 2010 can keep their policies.

² Plan pays the difference between Medicare’s approved amount for Part B services and the actual charges (up to the amount of charge limitations set by either Medicare or state law).

El PLAN D incluye el **beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

El **PLAN F¹** incluye el **beneficio básico más:**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del deducible de Parte la B de Medicare.
- Cobertura del 100% para los cargos en exceso de la Parte B de Medicare, también llamados cargos limitantes².
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

PLAN F+¹ (deducible alto)

- Incluye los mismos beneficios que el Plan F estándar, pero usted deberá pagar en 2020 un deducible de \$2,340 antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas.

El PLAN G incluye el **beneficio básico más**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del 100% para los cargos en exceso de la Parte B de Medicare, también llamados cargos limitantes¹.
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

Nuevo

PLAN G + (deducible alto)

- Incluye los mismos beneficios que el Plan G estándar, pero usted deberá pagar en 2020 un deducible de \$2,340 antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas. Si bien el Plan G no cubre el deducible de la Parte B, el monto que paga por el deducible se acredita al deducible de G+.

A partir de junio de 2010, las pólizas de Medigap E, H, I y J ya no están disponibles para nuevos afiliados. Sin embargo, las personas que obtuvieron una póliza E, H, I o J antes de junio de 2010 pueden conservarla.

² El Plan paga la diferencia entre el monto aprobado por Medicare para los servicios de la Parte B y los cargos reales (hasta el límite para el monto de los cargos establecido por Medicare o por las leyes estatales).

PLAN K³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 50% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 50% of Part B coinsurance after you meet the yearly deductible for Medicare Part B, but 100% coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for each of Medicare’s 60 non- renewable lifetime hospital inpatient reserve days used.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder’s lifetime.
- Coverage for 50% hospice cost-sharing.
- Coverage for 50% of Medicare-eligible expenses for the first 3 pints of blood.
- Coverage for 50% of the skilled nursing facility care daily copayment amount.
- Annual out of pocket limit of \$5,880 in 2020.

PLAN L³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 75% of Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 75% of Part B coinsurance after you meet the yearly deductible for Medicare Part B, but 100% coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment amount for each of Medicare’s 60 non- renewable lifetime hospital inpatient reserve days used.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder’s lifetime.
- Coverage for 75% hospice cost-sharing.
- Coverage for 75% of Medicare-eligible expenses for the first 3 pints of blood.
- Coverage for 75% of the skilled nursing facility care daily coinsurance amount.
- Annual out of pocket limit of \$2,940 in 2020.

El PLAN K³ incluye el **beneficio básico más**

- Cobertura del 50% del deducible para pacientes internados en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del 50% del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de la Parte B de Medicare, pero el 100% del coseguro por servicios preventivos en virtud de la Parte B.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro en virtud de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte A por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días de por vida no renovables de Medicare usado.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del 50% de costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 50% de gastos elegibles para Medicare por las 3 primeras pintas de sangre.
- Cobertura del 50% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo \$5,880 en 2020.

El PLAN L³ incluye el **beneficio básico más**

- Cobertura del 75% del deducible para pacientes internados de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del 75% del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de la Parte B de Medicare, pero el 100% del coseguro por servicios preventivos de Parte B.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro en virtud de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte A por cada día de reserva de internación hospitalaria de 60 días de por vida no renovables de Medicare usado.
- Una vez agotados todos los beneficios hospitalarios de Medicare, cobertura del 100% de los gastos hospitalarios elegibles según los términos de la Parte A de Medicare. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional con internación durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del 75% de los costos compartidos en hogares para enfermos terminales.
- Cobertura del 75% de los gastos elegibles para las 3 primeras pintas de sangre.
- La cobertura del 75% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada. Cobertura del 75% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo \$2,940 en 2020.

³ The basic benefits for plans K, L, M and N include similar services as plans A-G, but the cost-sharing for the basic benefits is at different levels. The annual out-of-pocket limit can increase each year for inflation.

³ Los beneficios básicos de los planes K, L, M y N incluyen servicios similares a los planes A-G, pero los costos compartidos de los beneficios básicos tienen diferentes niveles. El límite de gastos de bolsillo anual aumenta cada año por inflación.

Plan M³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 50% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 100% of the skilled nursing facility daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

Plan N³ includes the **basic benefit, plus**

- Coverage for 100% of the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for 100% of the Medicare Part B co-insurance amount, except for up to \$20 co-payment for office visits and up to \$50 co-payment for emergency room visits.
- Coverage for 100% of the skilled nursing facility daily copayment amount.
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

El PLAN M³ incluye el beneficio **básico más**

- Cobertura del 50% del deducible para pacientes internados en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

El PLAN N³ incluye el beneficio **básico más**

- Cobertura del 100% del deducible como paciente internado en virtud de la Parte A de Medicare.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro de la Parte B de Medicare, a excepción de un monto de hasta \$20 en concepto de copago por las visitas al consultorio y hasta \$50 de copago para las visitas a la sala de emergencias.
- Cobertura del 100% del monto del coseguro diario por la atención ofrecida en una institución de enfermería especializada.
- Cobertura del 80% por la atención de emergencia médicamente necesaria en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de \$50,000 de por vida.

³ The basic benefits for plans K, L, M and N include similar services as plans A-G, but the cost-sharing for the basic benefits is at different levels. The annual out-of-pocket limit can increase each year for inflation.

³ Los beneficios básicos de los planes K, L, M y N incluyen servicios similares a los planes A-G, pero los costos compartidos de los beneficios básicos tienen diferentes niveles. El límite de gastos de bolsillo anual aumenta cada año por inflación.

BENEFITS INCLUDED IN THE TEN STANDARD MEDICARE SUPPLEMENT PLANS

- Basic Benefit:** Included in all plans
- **Hospitalization:** Part A copayment, coverage for 365 additional days after Medicare benefits end, and coverage for 60 lifetime reserve days copayment.
 - **Medical Expenses:** Part B coinsurance (generally 20% of Medicare-approved expenses).
 - **Blood:** First 3 pints of blood each year.
 - **Hospice:** Part A cost sharing.

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit	Basic Benefit**	Basic Benefit**	Basic Benefit	Basic Benefit**
		Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance (50%)	Skilled Nursing Coinsurance (75%)	Skilled Nursing Coinsurance	Skilled Nursing Coinsurance
	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible	Part A Deductible (50%)	Part A Deductible (75%)	Part A Deductible (50%)	Part A Deductible
		Part B Deductible		Part B Deductible					
				Part B Excess	Part B Excess				
		Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency			Foreign Travel Emergency	Foreign Travel Emergency
						Out of Pocket limit \$5,560	Out of Pocket limit \$2,780		

*Plan F and Plan G are also offered with a high deductible option.
**These plans cover the basic benefit but with different cost-sharing requirements.

BENEFICIOS INCLUIDOS EN LOS DIEZ PLANES SUPLEMENTARIOS ESTÁNDAR DE MEDICARE

- Beneficio básico:** incluidos en todos los planes
- **Hospitalización:** Hospitalización: coseguro de la Parte A, cobertura por otros 365 días una vez finalizados los beneficios de Medicare, y cobertura del coseguro de los 60 días de reserva de por vida.
 - **Gastos médicos:** coseguro de la Parte B (generalmente el 20% de gastos aprobados por Medicare).
 - **Sangre:** primeras 3 pintas de sangre cada año.
 - **Hogares para enfermos terminales:** Costos compartidos de la Parte A.

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico	Beneficio básico**	Beneficio básico**	Beneficio básico	Beneficio básico**
		Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada (50%)	Coseguro de atención de enfermería especializada (75%)	Coseguro de atención de enfermería especializada	Coseguro de atención de enfermería especializada
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A (50%)	Deducible de la Parte A (75%)	Deducible de la Parte A (50%)	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B					
				Excedente de la Parte B	Excedente de la Parte B				
		Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero			Emergencias en viajes al extranjero	Emergencias en viajes al extranjero
						Límite de gasto de bolsillo: \$5,560	Límite de gasto de bolsillo: \$2,780		

*El Plan F y el Plan G también se ofrecen con una opción de deducible alto.
**Estos planes cubren los beneficios básicos, pero tienen diferentes requisitos de costos compartidos.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

Please call the individual companies directly for their most current monthly rates as they are subject to change. Updated rate charts are available at the NYS Department of Financial Services website: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

*Globe Life Insurance (formerly First United American) premiums differ by zip code. Use above link to find rates where you live.

** Only individuals who were Medicare eligible prior to January 1, 2020 are able to purchase Medigap Plans C, F and F+.

PLAN	<u>Aetna</u> 800-345-6022	<u>Bankers Conesco</u> 800-845-5512	<u>Empire Blue Cross Blue Shield</u> 855-306-9355	<u>Globe Life Insurance*</u> 800-331-2512	<u>GHI</u> 800-444-2333	<u>Humana</u> 800-486-2620	<u>Mutual of Omaha</u> 800-228-9999	<u>TransAmerica Financial</u> 800-752-9797	<u>United Health (AARP)</u> Must be an AARP member to enroll (age 50+) 800-523-5800
A	\$318.21	\$367.70	\$179	\$240/268	\$194.87	\$301.72	\$333.49	\$195	\$178.50
B	\$362.44	\$480.69	\$241.11	\$330/370	\$253.28	\$340.60	\$512.25	\$257	\$256.50
C**				\$397/444	\$300.87	\$412.76	\$512.82	\$304	\$320
D				\$391/438			\$503.90	\$280	
F**	\$422.90	\$648.95	\$307.40	\$374/419	\$530.29	\$421.13	\$516.15	\$306	\$308.25
F+**		\$75.69		\$69/77	\$74	\$93.09			
G	\$406.26	\$597.30	\$270.14	\$348/390	\$302	\$376.07	\$478.04	\$281	\$270
G+		\$75.69		\$69/77	\$67.69	\$92.97			
K		\$99.74		\$138/154		\$196.68		\$140	\$83.50
L		\$286.73		\$206/231		\$280.85		\$208	\$173.25
M		\$397.13					\$526.10	\$256	
N		\$390.82	\$192.22	\$259/290		\$266.84		\$241	\$200.25

PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambios. Las tablas de tasas actualizadas están disponibles en el sitio web del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

*Las primas de Globe Life Insurance (antes First United American) difieren según el código postal. Use el enlace anterior para encontrar las tarifas correspondientes al lugar donde vive.

** Solo las personas que fueron elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020 pueden comprar los planes Medigap C, F y F+.

PLAN	<u>Aetna</u> 800-345-6022	<u>Bankers Conesco</u> 800-845-5512	<u>Empire Blue Cross Blue Shield</u> 855-306-9355	<u>Globe Life Insurance *</u> 800-331-2512	<u>GHI</u> 800-444-2333	<u>Humana</u> 800-486-2620	<u>Mutual of Omaha</u> 800-228-9999	<u>TransAmeric a Financial</u> 800-752-9797	<u>United Health (AARP)</u> Es necesario ser afiliado de la Asociación Estadounidense de Jubilados (AARP, por sus siglas en inglés) para inscribirse (mayor de 50 años) 800-523-5800
A	\$318.21	\$367.70	\$179	\$240/268	\$194.87	\$301.72	\$333.49	\$195	\$178.50
B	\$362.44	\$480.69	\$241.11	\$330/370	\$253.28	\$340.60	\$512.25	\$257	\$256.50
C**				\$397/444	\$300.87	\$412.76	\$512.82	\$304	\$320
D				\$391/438			\$503.90	\$280	
F**	\$422.90	\$648.95	\$307.40	\$374/419	\$530.29	\$421.13	\$516.15	\$306	\$308.25
F+**		\$75.69		\$69/77	\$74	\$93.09			
G	\$406.26	\$597.30	\$270.14	\$348/390	\$302	\$376.07	\$478.04	\$281	\$270
G+		\$75.69		\$69/77	\$67.69	\$92.97			
K		\$99.74		\$138/154		\$196.68		\$140	\$83.50
L		\$286.73		\$206/231		\$280.85		\$208	\$173.25
M		\$397.13					\$526.10	\$256	
N		\$390.82	\$192.22	\$259/290		\$266.84		\$241	\$200.25

MEDICARE ADVANTAGE PLANS HMO, PPO, HMO-POS, SNP

Medicare Advantage (MA) plans provide beneficiaries with alternatives to Original Medicare. Medicare Advantage plans are offered by private companies and include Health Maintenance Organizations (HMOs), Preferred Provider Organizations (PPO), HMOs with Point-of-Service option (HMO-POS), and Special Needs Plans (SNP). The companies that offer Medicare Advantage plans contract with the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) to provide Medicare benefits to enrollees.

To be eligible to join a Medicare Advantage plan, you must have both Medicare Part A and Part B; you must live in the plan's service area; and you cannot have end stage renal disease (ESRD). Beginning in 2021, people with ESRD will also be eligible to join Medicare Advantage plans. A Medicare Advantage plan cannot turn away an applicant because of health problems (or impose a waiting period for pre-existing conditions), other than ESRD.

Joining a Medicare Advantage plan is a choice. Every Medicare Advantage plan must provide its members with all of the same medically-necessary services covered by Part A and Part B of Medicare, and typically include additional services, such as a prescription drug benefit, vision, dental and hearing services. If you wish to have Medicare **Part D prescription drug coverage** and belong to a Medicare Advantage plan, you must get the Part D drug coverage through your plan; you cannot join a separate Part D plan. All Medicare beneficiaries have the right to obtain the needed medical services, to get full information about treatment choices from their doctor, and to appeal any denial of services or reimbursement made by a Medicare Advantage plan.

If you join a Medicare Advantage plan you CANNOT purchase a Medigap policy, as that would duplicate coverage.

Each member of a Medicare Advantage plan must receive a Summary of Benefits as part of the enrollment process. Key information about additional premiums, routine procedures, access and notification requirements in an emergency, and co-payments for services must be outlined. A provider directory, a list of pharmacies in the plan, and a formulary list of covered medications are also available from the plan.

PLANES DE MEDICARE ADVANTAGE HMO, PPO, HMO-POS, SNP

Los planes Medicare Advantage (MA) ofrecen alternativas de Medicare Original a los beneficiarios. Los planes Medicare Advantage los ofrecen compañías privadas e incluyen la oferta de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), HMO con opción de punto de servicio (HMO-POS, por sus siglas en inglés) y planes para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). Las compañías que ofrecen planes Medicare Advantage tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) para ofrecer beneficios de Medicare a las personas inscritas.

A fin de reunir los requisitos para afiliarse a un Plan Medicare Advantage, usted debe tener las Partes A y B de Medicare, debe vivir en la zona de servicio del plan y no puede padecer una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). A partir de 2021, las personas con ESRD también serán elegibles para unirse a los planes Medicare Advantage. El plan de Medicare Advantage no puede rechazar a un solicitante a causa de problemas de salud (o imponer un período de espera para afecciones preexistentes), salvo el caso de ESRD.

Afiliarse a un plan de Medicare Advantage es una opción. Todos los planes de Medicare Advantage deberán proporcionar a sus afiliados los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare y, en general, incluyen servicios adicionales, como un beneficio para medicamentos recetados, servicios oftalmológicos, odontológicos y auditivos. Si desea tener **cobertura para medicamentos recetados de la Parte D** de Medicare y pertenece a un plan de Medicare Advantage, deberá obtener la cobertura para medicamentos de la Parte D a través de su plan; no puede afiliarse a un plan con Parte D por separado. Todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a obtener los servicios médicos que necesiten, a obtener información completa acerca de las opciones de tratamiento de parte de su médico y a apelar las denegaciones de servicios o reintegros que efectúe un plan de Medicare Advantage.

Si se une a un plan de Medicare Advantage, usted NO puede adquirir una póliza Medigap, ya que eso duplicaría la cobertura.

Cada miembro de Medicare Advantage debe recibir un Resumen de beneficios como parte del proceso de afiliación. Debe detallarse la información clave sobre primas adicionales, procedimientos de rutina, acceso y requisitos de notificación en caso de emergencia y copagos por servicios. El plan ofrece también a cada afiliado un directorio de proveedores, una lista de farmacias disponibles en el plan y una lista de los medicamentos cubiertos.

All MA plans have a network of doctors, health centers, hospitals, skilled nursing facilities and other care providers. Medicare Advantage plans’ networks can be local, statewide, and even national. It is important to contact the plan to understand the scope of the provider network, especially if you travel and may require care (other than emergency care) outside your area of residence.

HMOs require the Medicare beneficiary to select a primary care physician (PCP) from the HMO’s network of local doctors. You have a choice of physician, provided he or she has availability for new patients. Some HMOs require that the PCP provide a referral to specialists. You must receive your health care from the HMO’s network of providers and hospitals. Except for emergency care, there is no coverage for services obtained out-of-network; the beneficiary will be responsible for the full costs of such services.

PPOs provide a network of health care providers and hospitals but do not restrict the enrollee from going out-of-network. The PPO sets its payment to in-network providers with a fixed co-pay from the enrollee; enrollees will pay more for services from out-of-network providers. (Out-of-network providers are subject to Medicare’s limiting charge, which limits the amount they can charge a Medicare beneficiary for services.)

HMO with Point-Of-Service Option (**HMO-POS**) is similar to a PPO plan. It provides greater flexibility than an HMO because members may use both in-network and out-of-network providers. However, HMO-POS plans may not cover all benefits out-of-network. For example, a plan may only offer in-network inpatient hospital coverage. Contact the plan for details.

Special Needs Plans (SNP) are Medicare Advantage plans that are available only to certain groups of people with Medicare. Examples of people who might be eligible to join a Medicare Advantage SNP include: people with both Medicare and Medicaid; people with certain chronic conditions; and people living in an institution, such as a nursing home. Coverage includes services covered by Medicare Parts A and B, as well as Part D prescription drug coverage. SNPs may also provide additional services that may be needed by the specific population to which they are geared. Eligible people with Medicare can join a SNP at any time.

A list of Medicare Advantage plans can be found in the U.S. Government’s publication, Medicare and You Handbook. Details of the plans are available on www.medicare.gov or by calling 1-800-MEDICARE

Todos los planes de MA tienen una red de médicos, centros de salud, hospitales, centros de enfermería especializada y otros proveedores de atención. Las redes de los planes de Medicare Advantage pueden ser locales, estatales e, incluso, nacionales. Es importante comunicarse con el plan para comprender el alcance de la red de proveedores, especialmente si viaja, y puede necesitar atención (que no sea de emergencias) fuera de su zona de residencia.

Las **HMO** exigen que el beneficiario de Medicare elija a un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) de la red de médicos locales de la HMO. Usted puede elegir al médico, siempre y cuando esté disponible para nuevos pacientes. Algunas HMO exigen que el PCP suministre una derivación a especialistas. Usted debe recibir su atención médica de la red de proveedores y hospitales de la HMO. A excepción de la atención de emergencia, no hay cobertura para servicios obtenidos fuera de la red; el beneficiario será responsable del costo total de dichos servicios.

Las **PPO** ofrecen una red de proveedores de atención médica y hospitales, pero no impiden que el afiliado recurra a proveedores fuera de la red. La PPO fija su pago a los proveedores dentro de la red con un copago fijo a cargo del afiliado; los afiliados pagarán más por los servicios prestados por proveedores que no pertenezcan a la red. (Los proveedores fuera de la red están sujetos al cargo límite de Medicare, que restringe el monto que pueden cobrarles a los beneficiarios de Medicare por sus servicios.)

La **HMO** con la opción de punto de servicio (**HMO-POS**) es similar a un plan de una PPO. Ofrece mayor flexibilidad que una HMO, dado que los afiliados pueden recurrir a proveedores dentro y fuera de la red. Sin embargo, es posible que los planes de HMO-POS no cubran todos los beneficios fuera de la red. Por ejemplo, un plan puede ofrecer solo cobertura para internaciones en hospitales de la red. Comuníquese con el plan para obtener detalles.

Los **planes para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)** son planes de Medicare Advantage que están disponibles únicamente para determinados grupos de personas con Medicare. Algunos ejemplos de personas que podrían reunir los requisitos para un SNP Medicare Advantage incluyen: personas con Medicare y Medicaid, personas con ciertas afecciones crónicas y personas que viven en una institución, como un geriátrico. La cobertura incluye servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare, así como cobertura para medicamentos recetados de la Parte D. Los SNP también pueden ofrecer servicios adicionales que los beneficiarios específicos de este plan puedan necesitar. Las personas que reúnan los requisitos para Medicare pueden inscribirse en un SNP en cualquier momento.

En el manual Medicare y Usted, publicado por el gobierno de los EE.UU. se incluye una lista de planes de Medicare Advantage. Visite el sitio web www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información detallada sobre planes.

Enrolling in a Medicare Advantage Plan when first Medicare eligible can be done during the Initial Coverage Election Period (ICEP). Enrollment can be done online at www.medicare.gov, by calling 1-800-MEDICARE, or by contacting the plan directly.

- For most people, the ICEP is the 7-months surrounding the month in which you are first Medicare eligible. Your plan will be effective the first month of Medicare eligibility, or the month following the month of enrollment.
- Beneficiaries that delay Part B enrollment will have their ICEP extended to allow them to enroll in a MA plan.

People who enroll in a MA plan when first eligible for Medicare (during their ICEP) have an **Open Enrollment Period**, allowing them three months from when they are first entitled to Medicare to switch to a different MA plan, or to return to Original Medicare (with or without a Part D plan).

In addition, the Open Enrollment period is also open to all beneficiaries in MA plans at the beginning of the year, from January 1 – March 31. They can switch to a different Medicare Advantage plan or return to original Medicare, with the change effective the first of the following month, either February 1, March 1, or April 1. To make this change, simply enroll in the plan in which you want to enroll; this enrollment will automatically disenroll you from the other Medicare Advantage plan.

SEP65 is a Special Enrollment Period available to people eligible for Medicare due to age (not disability) who enroll in an MA plan during their Initial Coverage Election Period (ICEP) surrounding the month of their 65th birthday. It allows them 12 months from the time the MA plan is effective to switch to Original Medicare (not to another MA plan).

Annual Election Period (AEP): From October 15-December 7, you can change your Medicare Advantage (MA) plan or return to Original Medicare, with the change effective January 1.

Special Enrollment Period (SEP): Individuals with Medicaid, a Medicare Savings Program or Extra Help can switch plans once a quarter during the first nine months of the year (January – March; April – June; July – September), with the change effective the first of the following month. Individuals can change to either a different Medicare Advantage plan or to Original Medicare with a Part D plan.

La inscripción en un plan Medicare Advantage cuando es elegible por primera vez para Medicare puede hacerse durante el período de elección de cobertura inicial (ICEP, por sus siglas en inglés). La inscripción puede hacerse en línea en www.medicare.gov, llamando al 1-800-MEDICARE o comunicándose directamente con el plan.

- Para la mayoría de las personas, el ICEP son los 7 meses alrededor del mes en que usted es elegible para Medicare por primera vez. Su plan entrará en vigencia el primer mes de elegibilidad de Medicare o el mes siguiente al mes de inscripción.
- Los beneficiarios que retrasen la inscripción de la Parte B tendrán su ICEP extendido para permitirles inscribirse en un plan MA.

Las personas que se inscriben en un plan MA cuando son elegibles por primera vez para Medicare (durante su ICEP) tienen un **período de inscripción abierta** que les permite cambiarse a un plan MA diferente o regresar a Medicare Original (con o sin un plan de la Parte D) en un plazo de tres meses a partir de la fecha en que tienen derecho a Medicare.

Además, el período de inscripción abierta también está abierto a todos los beneficiarios en los planes de MA al comienzo del año, del 1 de enero al 31 de marzo. También pueden cambiarse a un plan diferente de Medicare Advantage o regresar a Medicare Original. Este cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, es decir, el 1 de febrero, el 1 de marzo o el 1 de abril. Para hacer este cambio, simplemente inscribise en el plan en el que desea inscribirse. Esta inscripción cancelará de manera automática su inscripción del otro plan Medicare Advantage.

SEP65 es un período especial de inscripción disponible para personas elegibles para Medicare debido a la edad (no discapacidad) en que se inscriben en un plan MA durante su período de elección de cobertura inicial (ICEP) alrededor del mes de su cumpleaños 65. Les otorga 12 meses desde el momento en que el plan MA es efectivo para cambiarse a Medicare Original (no a otro plan MA).

Período de elección anual (AEP, por sus siglas en inglés): Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre puede cambiar su plan Medicare Advantage (MA) o volver a Medicare Original, y el cambio entra en vigencia el 1 de enero.

Período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) Las personas que tengan Medicaid, un programa de ahorros de Medicare o ayuda extra podrán cambiar de planes una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Las personas pueden cambiar ya sea a un plan diferente de Medicare Advantage o a Medicare Original con un plan de Parte D.

Tips for Switching Between Original Medicare and Medicare Advantage

- Medicare Advantage to Original Medicare: Select and enroll in a Part D plan that works with Original Medicare (this will trigger disenrollment from the MA plan). Consider supplemental coverage, such as Medigap.
- Medicare Advantage to Medicare Advantage: Enroll in the desired Medicare Advantage plan (this will trigger disenrollment from the original MA plan).
- Original Medicare to Medicare Advantage: Enroll in the desired Medicare Advantage plan (this will trigger disenrollment from your Part D plan that works with Original Medicare). You may wish cancel your supplemental coverage.

Medicare Advantage Appeals

Decisions by your plan not to provide or pay for a service are handled by the plan's claims department. The appeals process for Medicare Advantage plan enrollees works differently depending on whether you have not yet received the service, have already received the service, or for denials for prescription drugs. Pay attention to the time limit for filing appeals.

Medicare Advantage plan enrollees who are denied coverage for a health service or item before receiving the service or item, can appeal to ask the plan to reconsider its decision. Follow the steps on the Notice of Denial of Medical Coverage to appeal the decision.

If a Medicare Advantage plan denies coverage for a health service or item that has already been received, you may choose to appeal to ask your plan to reconsider its decision. Follow the steps on the Explanation of Benefits or on the Notice of Denial of Payment.

Appeals for prescription drug coverage works the same for people in Original Medicare or a Medicare Advantage plan. See page 40 for Part D coverage appeals.

For quality of care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, such as that you are being discharged from the hospital too soon, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). If you request an immediate review by Livanta, you will not be financially responsible for additional hospital charges until noon of the day following your receipt of Livanta's review decision.

Consejos para cambiar entre Medicare Original y Medicare Advantage

- De Medicare Advantage a Medicare Original: Seleccione e inscríbese en un plan de la Parte D que funcione con Medicare Original (esto provocará su desafiliación del plan MA). Considere una cobertura suplementaria, tal como Medigap.
- De Medicare Advantage a Medicare Advantage: Inscríbese en el plan de Medicare Advantage deseado (esto provocará su desafiliación del plan original MA).
- De Medicare Original a Medicare Advantage: Inscríbese en el plan de Medicare Advantage deseado (esto provocará su desafiliación del plan de la Parte D que funciona con Medicare Original). Es posible que quiera cancelar su cobertura suplementaria.

Apelaciones a Medicare Advantage

Las decisiones de su plan de no prestar o pagar un servicio están a cargo del departamento de reclamos del plan. El proceso de apelaciones para los afiliados al plan Medicare Advantage funciona de manera diferente en función de que aún no haya recibido el servicio, si ya lo recibió o según las denegaciones de medicamentos recetados. Preste atención a las fechas límite para presentar apelaciones.

Los afiliados al plan Medicare Advantage a quienes se les niega la cobertura de un servicio o artículo de salud antes de recibir el servicio o artículo, pueden apelar y solicitar que el plan que reconsidere su decisión. Siga los pasos del Aviso de denegación de cobertura médica para apelar la decisión.

Si un plan Medicare Advantage niega la cobertura de un servicio o artículo de salud que ya se recibió, puede optar por apelar y solicitar que su plan que reconsidere su decisión. Siga los pasos en la Explicación de beneficios o en el Aviso de denegación de pago.

Las apelaciones para la cobertura de medicamentos recetados funcionan igual para las personas en Medicare Original o que tienen un plan Medicare Advantage. Consulte la página 40 para conocer las apelaciones para la cobertura de la Parte D.

Para presentar quejas sobre la calidad de la atención o si considera que sus servicios de la Parte A o B de Medicare finalizan demasiado pronto (por ejemplo, lo dan de alta del hospital antes de tiempo), llame a Livanta al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668). Si solicita una revisión inmediata por parte de Livanta, usted no será financieramente responsable del pago de los cargos hospitalarios adicionales hasta el mediodía del día posterior a recibir la decisión de la revisión de Livanta.

Frequently Asked Questions about Medicare Advantage Plans

What are my out of pocket costs in a Medicare Advantage plan?

Each Medicare Advantage plan sets its own premiums and cost sharing schedule. You may pay a monthly premium directly to the plan, which is in addition to the monthly Medicare Part B premium. All cost sharing requirements must be clearly indicated to you on your benefit card or in your summary of benefits. Call the plan if you are not sure. **There may be co-pays, co-insurance and deductibles for health services. Make sure you understand the different out-of-pocket costs for a primary care visit, a specialist visit, inpatient hospital stays, prescription drugs, and other fees you may have to pay.**

All Medicare Advantage plans are required to have annual maximum out-of-pocket costs for all Part A and Part B covered services, which limits how much you will have to pay out-of-pocket in a given calendar year. In 2020, maximum out-of-pocket costs (MOOP) cannot exceed \$6,700 in-network for HMO plans and \$10,000 combined in-network and out-of-network for PPO plans.

What about emergency services?

Emergency medical care will be covered by the Medicare Advantage plan provided that you follow its requirements for notifications and approval. You may be required to pay the provider of services first, and then file a claim with the plan for reimbursement. If the plan determines the need for care does not meet its conditions, or if the notification was faulty, it may refuse to cover the costs.

How do I complain about quality of care?

If your complaint is related to the quality of health care you receive, you should follow your plan's grievance procedures. You can also present your case to the Medicare Quality Improvement Organization (QIO), Livanta, LLC, in New York State, whose doctors and other professionals review the care provided to Medicare patients. Livanta can be reached at 1-866-815-5440.

Preguntas frecuentes sobre los Planes de Medicare Advantage

¿Cuáles son mis costos de bolsillo con un Plan de Medicare Advantage?

Cada Plan Medicare Advantage establece sus propias primas y sistema de costos compartidos. Usted puede pagar una prima mensual directamente al plan, que se agrega a la prima mensual de la Parte B de Medicare. Se le deben indicar claramente todos los requisitos referidos a los costos compartidos en su tarjeta de beneficios o en el resumen de beneficios. Llame al plan si tiene dudas. **Pueden aplicarse copagos, un coseguro y deducibles por los servicios médicos. Asegúrese de comprender los distintos costos de gastos de bolsillo para una visita de atención primaria, una visita a especialistas, internaciones hospitalarias, medicamentos recetados y otros cargos que posiblemente deba pagar.**

Todos los planes de Medicare Advantage deben tener costos anuales máximos de gastos de bolsillo para todos los servicios cubiertos en virtud de la Parte A y la Parte B que limiten el monto que tendrá que pagar de su bolsillo en un año calendario determinado. En 2020, este monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) no podrá exceder los \$6,700 para proveedores dentro de la red en el caso de los planes de HMO; y \$10,000 para proveedores combinados (dentro y fuera de la red) en el caso de los planes de PPO.

¿Qué sucede con los servicios de emergencia?

El plan de Medicare Advantage cubrirá la atención médica de emergencia si usted cumple sus requisitos de notificación y aprobación. Es posible que primero deba pagarle al proveedor por los servicios y, luego, presentar una reclamación ante el plan para obtener un reembolso. Si el plan determina que la necesidad de atención no cumple con las condiciones o si la notificación no fue correcta, el plan puede negarse a cubrir los costos.

¿Cómo puedo quejarme sobre la calidad de la atención?

Si su queja se relaciona con la calidad de la atención médica que recibe, debe seguir el procedimiento de quejas estipulado por su plan. También puede presentar su caso ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés), Livanta, LLC, en el estado de Nueva York, cuyos médicos y demás profesionales revisan la atención prestada a pacientes de Medicare. Puede comunicarse con la Livanta al 1-866-815-5440.

Obtaining Services in Original Medicare vs. Medicare Advantage

In Original Medicare, the beneficiary obtains all medically-needed services from any Medicare provider anywhere in the United States. Medicare sets the fees for those services and covers 80% of most costs. The beneficiary is responsible for the balance. Medicare supplement insurance, also known as Medigap (see page 21), can cover all or most of the beneficiary's share of the costs. Medicare Advantage plans are managed care plans, and operate differently, with their own cost structure that can include premiums, deductibles, co-payments and maximum out-of-pocket costs.

How should I decide whether to join a Medicare Advantage plan and which plan may be right for me?

Consideration should be given to the following areas before joining a plan: Your current doctors' participation in the plan; hospitals' participation in the plan; prescription drug coverage; finances; and geographical location. It is vital to review this information each year during the Annual Election Period (October 15 – December 7).

1. **Your doctors' participation in the plan:** Ask your doctors what plans they participate in and whether they are accepting new Medicare patients under that particular plan. Even if you already have an established relationship with that doctor, you need to be certain that they will accept you as a new patient under that particular plan. Confirm provider participation each year.
2. **Preferred hospital(s) participation in the plan:** Make sure that any hospitals you use, and any that you would like to have access to, participate in the plan, or would allow you to access the hospital on an out-of-network basis.
3. **Prescription drugs:** Check how the plan would cover your prescription drugs (formulary, restrictions, cost) by using the Medicare.gov Planfinder (see page 39).
4. **Finances:** Receiving care through a Medicare Advantage plan may cost you less than receiving care through Original Medicare. Medicare Advantage plans may cover services which are not covered by original Medicare, such as routine vision and dental care, as well as hearing aids. It is important to research the fee structure (premium, copays, deductible, maximum out-of-pocket costs, etc.) in a Medicare Advantage plan before enrolling.

Obtención de servicios en Medicare Original vs. en Medicare Advantage

En Medicare Original, el beneficiario obtiene todos los servicios médicamente necesarios de parte de cualquier prestador de Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos. Medicare fija las tarifas para dichos servicios y cubre el 80% de la mayoría de los costos. El beneficiario es responsable de la diferencia. El seguro suplementario de Medicare, también conocido como Medigap (consulte la página 21), puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo del beneficiario. Los planes Medicare Advantage son planes de atención administrados y operan de formas distintas, con sus propias estructuras de costos que pueden incluir primas, deducibles, copagos y costos máximos de gastos de bolsillo.

¿Cómo decido si afiliarme a un plan de Medicare Advantage y cuál puede ser adecuado para mí?

Deberá tener en cuenta los siguientes aspectos antes de afiliarse a un plan: La participación de su médico actual en el plan, la participación del hospital en el plan, la cobertura de medicamentos recetados, los costos y la ubicación geográfica. Es vital revisar esta información todos los años durante el Período de Elección Anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

1. **La participación de su médico en el plan:** pregúnteles a sus médicos en qué planes participan y si aceptan nuevos pacientes de Medicare dentro de ese plan en particular. Incluso si ya tiene una relación establecida con ese médico, debe asegurarse de que lo aceptará como paciente nuevo en virtud de ese plan en particular. Confirme la participación de su proveedor todos los años.
2. **La participación de sus hospitales preferidos en el plan:** asegúrese de que los hospitales a los que acude y aquellos a los que quisiera tener acceso participen en el plan o le permitan el acceso como establecimiento fuera de la red.
3. **Medicamentos recetados:** verifique cómo cubriría el plan sus medicamentos recetados (lista de medicamentos cubiertos, restricciones y costos) mediante el Buscador de planes de Medicare.gov (consulte la página 39).
4. **Costos:** recibir atención médica a través de un plan de Medicare Advantage puede costarle menos que recibirla a través de Medicare Original. Los planes de Medicare Advantage podrán cubrir servicios no cubiertos por Medicare Original, como atención oftalmológica y odontológica de rutina, así como audífonos. Es importante que investigue sobre la estructura de costos (primas, copagos, deducibles, gastos de bolsillo máximos, etcétera) de los planes de Medicare Advantage antes de inscribirse.

5. **Geographical Location:** It is important to think about your travel plans when deciding whether an HMO plan is right for you. Because HMO plans have defined geographic areas that they serve, if you plan to be outside of the service area for any length of time, an HMO may not be right for you, since only emergency care is covered outside the plan's service area. The service areas of PPO and HMO-POS plans are less restrictive, but you should still be aware of the plan's service area.
6. **Star ratings:** Every plan has a star rating that reflects indicators measured by Medicare.

Will I need a Medicare supplement insurance policy?

You will not need a Medicare supplement insurance policy ("Medigap") if you join a Medicare Advantage plan, since Medigap insurance only works with Original Medicare. If you decide to join a Medicare Advantage plan, and you already have a Medigap policy, you may want to retain it for at least 30 days, until you see if the Medicare Advantage plan is satisfactory. By New York State law, you will always be able to purchase a Medigap policy if you leave a Medicare Advantage plan and return to original Medicare, but you may face a period of non-coverage for a current health condition if you have a gap in coverage. For more about Medigap, see page 21.

5. **Ubicación geográfica:** es importante pensar sobre sus planes de viaje cuando decide si un plan HMO es adecuado para usted. Debido a que los planes de con HMO tienen zonas geográficas de atención definidas, si planea estar fuera de la zona de servicio por un período determinado, una HMO podría no ser adecuada para usted, dado que, fuera de la zona de atención, solo se cubre la atención de emergencia. Las áreas de servicio de los planes PPO y HMO-POS son menos restrictivas, pero aún así debe tener presente el área de servicio del plan.
6. **Calificación por estrellas:** cada plan tiene una calificación por estrellas que refleja los indicadores medidos por Medicare.

¿Necesitaré una póliza de seguro suplementario de Medicare?

No necesitará una póliza de seguro suplementario de Medicare ("Medigap") si se afilia a un plan de Medicare Advantage, debido a que el seguro Medigap solo funciona con Medicare Original. Si decide inscribirse en un plan de Medicare Advantage y ya tiene una póliza de Medigap, es posible que desee conservarla durante al menos 30 días hasta verificar si el plan de Medicare Advantage le resulta satisfactorio. De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, usted siempre podrá adquirir una póliza de Medigap si abandona un plan de Medicare Advantage y regresa a un plan de Medicare Original; sin embargo, es posible que no tenga cobertura para una enfermedad actual durante un tiempo si existe una diferencia en la cobertura. Para obtener más información sobre Medigap, consulte la página 21.

MEDICARE PART D – PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

Medicare Part D is prescription drug coverage offered through private insurance companies to help cover the cost of prescription drugs.

Medicare prescription drug plans are available to all people with Medicare (Part A and/or Part B). Part D is an optional and voluntary benefit; Medicare beneficiaries are not required to join a plan, although there may be a penalty for late enrollment.

Medicare Part D is only offered through private companies who have entered into a contract with the federal government to provide Medicare Part D drug coverage to Medicare beneficiaries. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) regulates the plans and categories of covered drugs. Each Part D plan has its own list of covered medications (formulary) and participating pharmacies, as well as its own procedures for getting a new drug covered or appealing to have a medication covered to meet your special needs.

Medicare Part D is offered in one of two ways:

1. **Stand Alone Prescription Drug Plans (PDPs):** these plans work with Original Medicare and ONLY cover prescription drugs.
2. **Medicare Advantage Prescription Drug Plans (MAPDs):** these are managed care plans, such as HMOs, PPOs, HMO-POS, or SNPs, which offer comprehensive benefits packages that cover all of the following: hospital, doctors, specialists, pharmacy and prescriptions. If you are in a Medicare Advantage plan and want to have Part D coverage, you must get Part D coverage through your Medicare Advantage plan.

Those electing to join a Part D plan will have to pay a monthly premium and pay a share of the cost of prescriptions. Drug plans vary in what prescription drugs are covered (formulary), how much you have to pay (premium, deductible, copays), and which pharmacies you can use (network). All drug plans have to provide at least a standard level of coverage, which Medicare sets. However, some plans offer enhanced benefits and may charge a higher monthly premium. When a beneficiary joins a drug plan, it is important to choose one that meets the individual's prescription drug needs.

PARTE D DE MEDICARE: COBERTURA PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

La Parte D de Medicare es una cobertura para medicamentos recetados ofrecida a través de compañías aseguradoras privadas para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos recetados.

Los planes de cobertura de medicamentos recetados están disponibles para todas las personas con Medicare (Parte A y/o Parte B). La Parte D es un beneficio voluntario; los beneficiarios de Medicare no tienen la obligación de inscribirse en un plan, a pesar de que pueda aplicarse una multa por inscripción tardía.

La Parte D de Medicare solo se ofrece a través de compañías privadas que han celebrado un contrato con el gobierno federal para proporcionar cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare a los beneficiarios de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) regulan los planes y las categorías de medicamentos cubiertos. Cada plan de la Parte D tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (vademécum farmacológico) y farmacias participantes, así como sus propios procedimientos para incluir un nuevo medicamento dentro de la cobertura o solicitar que se cubra un medicamento a fin de satisfacer sus necesidades especiales.

La Parte D de Medicare se ofrece en alguna de las siguientes dos modalidades:

1. **Planes independientes para medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés):** estos planes operan con Medicare Original y SOLO cubren los medicamentos recetados.
2. **Planes para medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD, por sus siglas en inglés):** son planes de atención administrada, como HMO, PPO, HMO-POS o SNP, que ofrecen paquetes de beneficios integrales que cubren todo lo siguiente: hospitales, médicos, especialistas, gastos de farmacia y medicamentos recetados. Si usted es beneficiario de un plan de Medicare Advantage y desea tener cobertura de la Parte D, debe obtener la cobertura de la Parte D a través de su plan de Medicare Advantage.

Las personas que optan por inscribirse en un plan de la Parte D deberán pagar una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados. Los planes de medicamentos varían con respecto a los medicamentos recetados que cubren (lista de medicamentos cubiertos), el monto que debe pagar (prima, deducible y copagos) y las farmacias que puede utilizar (red). Todos los planes de medicamentos deben ofrecer, al menos, un nivel estándar de cobertura, establecido por Medicare. No obstante, algunos planes ofrecen beneficios mejorados y pueden cobrarle una prima mensual más alta. Cuando un beneficiario se inscribe en un plan de medicamentos, es importante que elija uno que satisfaga sus necesidades de medicamentos recetados.

Beneficiaries with higher incomes (above \$87,000 for an individual or \$174,000 for a couple) will pay a surcharge for Part D in addition to their plan premium. The surcharge ranges from \$12.20 to \$76.40 per month in 2020, and is paid in the same way as the Part B premium, typically as a deduction from one's Social Security check (see page 75 for rate chart).

Although Part D plans' benefit designs vary, they each include the following minimum levels of coverage in 2020:

- **Deductible** (up to \$435). This is the amount that you have to pay out-of-pocket before your plan helps pay for the cost of your drugs. Some plans have a lower deductible or no deductible.
- **Initial Coverage Level.** You pay a fixed copay of up to 25% of drug costs up to \$4,020 in total drug costs. (Total drug costs include the amount that you pay for the drug plus the amount that the plan pays for the drug.)
- **Coverage Gap.** After \$4,020 in total drug costs, you pay 25% of brand name and generic drug cost (plus a nominal pharmacy dispensing fee), until **you** have incurred \$6,350 in out-of-pocket costs. This includes the deductible (if any) plus any co-payments or coinsurance paid while reaching the coverage gap, the entire cost of brand name drugs purchased in the coverage gap, and the out-of-pocket costs for generic drugs purchased in the coverage gap.
- **Catastrophic Coverage** (after \$6,350 in out-of-pocket expenses). The beneficiary is responsible for the greater of five percent (5%) of drug costs or a copay of \$3.60 for generic medications and \$8.95 for brand-name drugs.

Enrollment in Medicare Part D

Enrollment in Medicare prescription drug coverage involves choosing a Part D Plan (PDP) that works with Original Medicare, or a Medicare Advantage plan with prescription drug coverage (MA-PD). Comparison information is available on www.medicare.gov or by calling 1-800-MEDICARE. You may also contact HIICAP for assistance.

Enrollment in Part D can occur during one's seven-month Initial Enrollment Period (IEP), (see page 5). In addition, a beneficiary may join or change plans once each year between October 15 and December 7, during the Annual Election Period (AEP).

There are also limited exceptions where a beneficiary would be granted a **Special Enrollment Period (SEP)** to enroll in a Part D plan or to switch plans outside of the AEP. These include the following situations:

Los beneficiarios con ingresos más altos (superiores a los \$87,000 en el caso de una persona, o \$174,000 en el caso de una pareja) pagarán un recargo por la Parte D además de la prima de su plan. Este recargo varía de \$12.20 a \$76.40 por mes en 2020, y se paga del mismo modo que la prima de la Parte B, generalmente como deducción del cheque de su Seguro Social (consulte la página 75 con el cuadro de cargos).

A pesar de que los diseños de los beneficios de los planes de la Parte D varían, cada uno de ellos incluye los siguientes niveles mínimos de cobertura para 2020:

- **Deducible** (hasta \$435). Este es el monto que debe pagar de su bolsillo antes de que su plan ayude a cubrir el costo de sus medicamentos. Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen deducible.
- **Nivel de cobertura inicial.** Usted paga un copago fijo de hasta el 25% de los costos de medicamentos y hasta \$4,020 en costos totales de medicamentos. (El costo total de los medicamentos incluye el monto que usted paga por el medicamento más el monto que el plan paga por el medicamento).
- **Brecha de cobertura.** Luego de pagar \$4,020 en concepto de costos totales por los medicamentos, usted pagará aproximadamente el 25% del costo de los medicamentos de marca comercial y genéricos (más una tarifa nominal por prescripción), hasta que **usted** haya incurrido en un costo de bolsillo que ascienda los \$6,350. Esto incluye el deducible (si corresponde) más los copagos o el coseguro pagado hasta alcanzar la brecha de cobertura, el total del costo de los medicamentos de marca comercial comprados durante la ausencia de cobertura, y los costos de bolsillo de los medicamentos genéricos comprados durante la ausencia de cobertura.
- **Cobertura catastrófica** (después de \$6,350 de gastos de bolsillo). El beneficiario es responsable del costo que resulte mayor entre los siguientes: cinco por ciento (5%) del costo de medicamentos o un copago de \$3.60 para los medicamentos genéricos y \$8.95 para los medicamentos de marca.

Inscripción en la Parte D de Medicare

La inscripción para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica la elección de un plan de la Parte D (PDP, por sus siglas en inglés) que opere con Medicare Original o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD, por sus siglas en inglés). En www.medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE, puede obtener información para comparar los planes. También puede solicitar asistencia en HIICAP.

La inscripción en la Parte D puede tener lugar durante el período de inscripción inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de siete meses (consulte la página 5). Además, un beneficiario puede inscribirse en un plan o cambiar de plan solo una vez al año, entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el período anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés).

También hay excepciones limitadas en las que un beneficiario podrá recibir un **período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)** para afiliarse a un plan de la Parte D o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Individuals with Medicaid, a Medicare Savings Program or Extra Help can switch plans once a quarter during the first nine months of the year (January – March; April – June; July – September), with the change effective the first of the following month.
- EPIC members can change Part D plans once in a calendar year (see page 43).
- Between January 1 – March 31, if you are in a Medicare Advantage plan with Part D, you can make a change to either a different Medicare Advantage plan, or to Original Medicare with or without Part D drug coverage.
- Change in county of residence where one has new Part D plan choices. (This SEP also includes individuals returning to the USA after living abroad and those released from prison.)
- Individuals entering, residing in, or leaving a long-term care facility, including skilled nursing facilities.
- Individuals disenrolling from employer/union-sponsored coverage, including COBRA, to enroll in a Part D plan.
- Prescription drug plan withdrawal from service area.

You can apply to join a Medicare Part D plan in several ways:

- Online at www.medicare.gov or the plan's website.
- Over the telephone by calling 1-800-MEDICARE or by calling the plan directly.
- In person, through a Part D plan's representative, during a scheduled home visit.

Late enrollment penalty

- Even if a person with Medicare does not currently use a lot of prescription drugs, he or she should still consider purchasing a Part D plan. If a beneficiary does not have creditable drug coverage (coverage that is at least as good as the standard Medicare prescription drug coverage), they will have to pay a late enrollment penalty if they choose to enroll later. The penalty is equivalent to one percent (1%) of the "base premium" (\$32.74 in 2020) per full month that the person with Medicare was not enrolled in a Medicare prescription drug plan when first eligible, and did not have creditable coverage. This penalty needs to be paid for as long as you have Part D coverage. If the beneficiary has had creditable coverage with a gap of no more than 63 days from when that coverage ended and the Medicare Part D coverage begins, they will not be subject to a penalty. There is no late enrollment penalty for people with full or partial Extra Help (see page 41).

- Las personas que tengan Medicaid, un programa de ahorros de Medicare o ayuda extra podrán cambiar de planes una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Los miembros de EPIC pueden cambiar de plan de la Parte D una vez por año calendario (consulte la página 43).
- Entre el 1 de enero y el 31 de marzo, si está en un plan Medicare Advantage con Parte D, puede cambiar ya sea a un plan diferente de Medicare Advantage o a Medicare Original con o sin la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- Cambio de condado de residencia donde haya nuevas opciones de planes de la Parte D. (Este SEP también incluye a las personas que regresan a los EE.UU. después de vivir en el extranjero y los que han sido excarcelados).
- Personas que ingresen, residan o egresen de un establecimiento de atención prolongada, incluidas instituciones de enfermería especializada.
- Personas que se dan de baja de la cobertura del empleador o la sindical, incluida COBRA, para inscribirse en un plan de la Parte D.
- Retiro de la zona de atención por parte del plan de medicamentos recetados.

Se puede solicitar la inscripción en un plan de la Parte D de Medicare de diversos modos:

- En línea en www.medicare.gov o en el sitio web del plan.
- Por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE o llamando directamente al plan.
- Personalmente, a través de un representante del plan de la Parte D, durante una visita domiciliaria programada.

Multa por inscripción tardía

- Aun si una persona con Medicare no usa en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, debe pensar comprar un plan de la Parte D. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable de medicamentos (cobertura para medicamentos recetados que sea, al menos, igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa por inscripción tardía si elige inscribirse con posterioridad. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" (\$32.74 en 2020) por mes completo en que la persona con Medicare no estuvo inscrita en un Plan para medicamentos recetados de Medicare cuando comienza a reunir los requisitos y no tuvo cobertura acreditable. Se debe pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D. Si el beneficiario tuvo cobertura acreditable con una diferencia que no supere los 63 días desde finalizada dicha cobertura y el comienzo del Plan de la Parte D de Medicare, no será multado. No se aplica una multa por inscripción tardía para las personas que reciben el programa de Ayuda Extra completo o parcial (consulte la página 41).

- Anyone who enrolls in Part D during their Initial Enrollment Period (IEP) will not incur a late enrollment penalty. Other people with creditable coverage, such as through a former employer or union, the Veterans Administration (VA), or TRICARE for Life, will not experience a penalty for late enrollment.

Do I need a Part D plan if I have employer health coverage?

You may not need to enroll in a Part D plan if you have creditable drug coverage through a current or former employer. The current or former employer should advise you, usually through a letter, as to whether your drug coverage is “creditable” and whether or not you should enroll in a Part D plan. If you do not receive a letter, contact the employer to determine if you should enroll in a Part D plan. This is vital, since enrollment in a Part D plan may compromise **all** health benefits through that employer, not just prescription drug coverage.

Do I need a Part D plan if I don’t take any medications?

Having Part D coverage is optional, though it is important to remember that most people can only sign up for a plan during the Annual Election Period (AEP), from October 15 - December 7 of each year. It may be advisable to explore the least expensive plan in case your drug needs change in the coming year. You may face a late enrollment penalty if you do not enroll when you are first eligible.

How do I select a Part D plan?

To select a Part D plan, it is best to use the Planfinder tool at www.medicare.gov. You can log in using your Medicare account username and password, or do a general search where you do not enter identifying information.

Follow the Planfinder prompts so all of the medications you are currently taking or expect to take in the upcoming year, along with the dosages and quantities needed are correct. It is best to ask for a listing of your medications from your pharmacist before you start this process.

You will be asked to select up to three pharmacies that you would like to include in your search. After you have input all of the information, the plan finder will allow you to select which plans you would like to view— either Part D plans that work with Original Medicare, or Medicare Advantage Plans. You can use various tools to filter the search results. It is important to look at the details of each plan to understand what restrictions, if any, may apply. It is also advised to call up the plan to verify the information.

When you have selected the plan that’s right for you, you can enroll online or by calling Medicare (1-800-MEDICARE) or the Part D plan. HIICAP counselors are able to assist you with using the Planfinder.

- A las personas que se inscriban en la Parte D durante el período inicial de Inscripción (IEP) no se les aplicará una multa por inscripción tardía. Otras personas con cobertura acreditable, como de un empleador anterior o sindicato, la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o TRICARE for Life, no recibirán ninguna multa por inscripción tardía.

¿Necesito un plan de la Parte D si tengo cobertura de salud a través de mi empleador?

Tal vez no deba inscribirse en un plan de la Parte D si recibe cobertura médica acreditable a través de su empleador actual o anterior. Su empleador actual o anterior debe informarle, por lo general mediante una carta, si su cobertura de medicamentos es “acreditable” y si debe o no inscribirse en un plan de la Parte D. Si no recibe una carta, comuníquese con su empleador para determinar si debe inscribirse en un plan de la Parte D. Esto es muy importante debido a que la inscripción en un plan de la Parte D puede comprometer **todos** los beneficios de salud que recibe a través de ese empleador, no solo la cobertura de medicamentos recetados.

¿Necesito un plan de la Parte D si no tomo ningún medicamento?

Tener cobertura de la Parte D es optativo; sin embargo, es importante recordar que la mayoría de las personas solo pueden inscribirse en un plan durante el periodo anual de elección (AEP, por sus siglas en inglés), desde el 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Puede ser aconsejable evaluar el plan menos costoso por si cambian sus necesidades de medicamentos en el año siguiente. Usted puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios por primera vez.

¿Cómo elijo un plan de la Parte D?

Para elegir un plan de la Parte D, es mejor usar la herramienta de búsqueda de planes disponible en www.medicare.gov. Puede iniciar sesión con el nombre de usuario y la contraseña de su cuenta de Medicare, o hacer una búsqueda general donde no ingrese información de identificación.

Siga las indicaciones del buscador de planes de los medicamentos que toma en la actualidad o que espera tomar el próximo año, junto con las dosis y la cantidad que necesita de forma correcta. Es mejor solicitar al farmacéutico una lista de sus medicamentos antes de iniciar este proceso.

Se le pedirá que seleccione hasta tres farmacias que desee incluir en su búsqueda. Después de que haya ingresado toda la información, el buscador de plan le permitirá seleccionar el plan que desee visualizar, ya sea planes de la Parte D que operan con Medicare Original o planes Medicare Advantage. Puede usar varias herramientas para filtrar los resultados de búsqueda. Es importante considerar los detalles de cada plan para comprender las restricciones, si las hubiere, que pueden aplicarse. También es recomendable llamar al plan para verificar la información.

Una vez que haya seleccionado el plan adecuado para usted, puede inscribirse por Internet, o llamando a Medicare (1-800-MEDICARE) o al plan de la Parte D. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo a usar el buscador de planes.

Cost utilization management tools

In an effort to control costs, Medicare prescription drug plans employ the following cost utilization management tools – Tiers, Prior Authorization, Step Therapy, and Quantity Limits.

- **Tiers:** Part D plans divide their formulary (list of covered medications) into “tiers” and encourage the use of drugs covered under a lower tier by assigning different co-payments or coinsurance for the different tiers. Generally, generic drugs fall under a lower tier and cost less than drugs covered under a higher tier, such as brand-name medications.
- **Prior Authorization:** Although a plan may cover a medication in its formulary, they may require that a doctor contact the plan to explain the medical necessity for that particular drug.
- **Step Therapy:** A Part D plan may require a beneficiary to try less expensive drugs for the same condition before they will pay for a more expensive, brand name medication. However, if a beneficiary has already tried the less expensive drugs they should speak to their doctor about requesting an exception from the plan.
- **Quantity Limits:** For safety and cost reasons, plans may limit the quantity of drugs that they cover over a certain period of time. For instance, a plan may only cover up to a 30-day supply of a drug at a time.

Part D Appeals

Part D appeals follow the same process regardless of whether you have coverage in a Stand-Alone Part D Plan (PDP) or a Medicare Advantage plan (MA). If a plan won't cover a drug you think you need, or if the plan will cover the drug, but at a higher price than you think you should pay, you can:

- Speak to your prescriber to see if there's another medication that the plan would cover.
- Ask the plan to grant an “Exception” to cover your medication, or to cover your medication at lower cost sharing.
- If you disagree with your plan's decision, you can file an appeal by following the directions on the plan's denial notice. Pay attention to the time limit for filing appeals.

Herramientas de administración del costo de utilización

En un esfuerzo por controlar los costos, los planes de medicamentos recetados de Medicare usan algunas de las siguientes herramientas de administración del costo de utilización: niveles, autorización previa, terapia progresiva y límites de cantidad.

- **Niveles:** los planes de la Parte D dividen su vademécum farmacológico (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los distintos niveles. Por lo general, los medicamentos genéricos están en un nivel bajo y cuestan menos que los medicamentos cubiertos en un nivel superior, como los medicamentos de marca.
- **Autorización previa:** a pesar de que, en el vademécum farmacológico, es posible que un plan cubra un medicamento, puede ser necesario que un médico se ponga en contacto con el plan para explicar la necesidad médica de dicho medicamento en particular.
- **Terapia progresiva:** un plan de la Parte D puede solicitar al beneficiario que intente usar medicamentos menos costosos para la misma afección antes de pagar un medicamento de marca de mayor valor. Sin embargo, si un beneficiario ya ha probado medicamentos menos costosos, debe hablar con su médico para solicitar una excepción al plan.
- **Límites de cantidad:** por razones de seguridad y de costo, los planes pueden limitar la cantidad de medicamentos que cubren durante un cierto período. Por ejemplo, es posible que un plan cubra un suministro de un medicamento por 30 días únicamente.

Apelaciones de la Parte D

Las apelaciones de la Parte D siguen el mismo proceso independientemente de si tiene cobertura en un plan de la Parte D (PDP) independiente o un plan Medicare Advantage (MA). Si un plan no cubre un medicamento que cree que necesita, o si el plan cubrirá el medicamento pero a un precio más alto de lo que cree que debería pagar, puede:

- Hablar con su médico para ver si hay otro medicamento cubierto por el plan.
- Solicitar al plan que le otorgue una "Excepción" para cubrir su medicamento o para cubrir su medicamento a un costo compartido más bajo.
- Si no está de acuerdo con la decisión de su plan, puede presentar una apelación siguiendo las instrucciones en el aviso de rechazo del plan. Preste atención a las fechas límite para presentar apelaciones.

Extra Help with Drug Plan Costs for People with Limited Incomes

The Social Security Administration (SSA) subsidizes the cost of a Part D plan for Medicare beneficiaries with lower incomes and limited resources. The subsidy is paid directly to the Part D plan. The program is called the Low-Income Subsidy Program (LIS), also known as Extra Help. People with Medicaid and/or a Medicare Savings Program (MSP) are automatically enrolled in Full Extra Help; one can also apply directly through SSA for Extra Help. One does not need to be collecting Social Security benefits to receive Extra Help.

Full Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, and resource limits within the amounts stated below. Resources include an additional \$1,500 for individuals and \$3,000 for couples for funeral or burial expenses.

Benefits of Full Extra Help:

- No monthly premium for a Part D plan, as long as the plan selected is a “benchmark” plan, a Basic plan that has a monthly premium that is fully subsidized by Extra Help (monthly premium up to \$36.55 in 2020).
- No deductible.
- Reduced co-pays, depending on income - beneficiaries with incomes up to 100% of the Federal Poverty Level will have co-pays of \$1.30 for generic and \$3.90 for brand name prescriptions. All others with full Extra Help will have co-pays limited to \$3.60 for generic and \$8.95 for brand name prescriptions.

Partial Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level and resource limits within the amounts stated below. Resources include an additional \$1,500 for individuals and \$3,000 for couples for funeral or burial expenses.

Benefits of Partial Extra Help:

- Monthly plan premium on a sliding scale based on income.
- Deductible reduced to not more than \$89.
- Reduced co-pays – pay the lower of 15% of drug costs or the plan’s cost-sharing.

Ayuda Extra con los costos de los medicamentos recetados para personas con ingresos limitados

La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), subsidia el costo del plan de la Parte D para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. El subsidio se paga directamente al plan de la Parte D. El programa se denomina Programa de subsidio para las personas con ingresos bajos (LIS, por sus siglas en inglés), también conocido como Ayuda Extra. Las personas con Medicaid y/o un Programa de ahorros de Medicare (MSP) se inscriben automáticamente en la Ayuda Extra Total; también se puede solicitar directamente a través de la SSA para obtener Ayuda Extra. No es necesario ser beneficiario del Seguro Social para recibir Ayuda Extra.

La **Ayuda Extra Total** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 135% del Nivel Federal de Pobreza y límites de recursos dentro de las cantidades indicadas a continuación. Los recursos incluyen \$1,500 adicionales para personas y \$3,000 para parejas por gastos de funeral o entierro.

Beneficios de la Ayuda Extra Completa:

- No hay prima mensual para un plan de la Parte D, siempre que el plan seleccionado sea un plan de “referencia”, un plan básico que tiene una prima mensual completamente subsidiada por el programa de Ayuda Extra (prima mensual de hasta \$36.55 en 2020).
- Sin deducible.
- Los copagos reducidos, según el ingreso: beneficiarios con ingresos de hasta el 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.30 para los medicamentos recetados genéricos y de \$3.90 para los medicamentos recetados de marcas comerciales. Todos los demás beneficiarios que reciban el Programa de Ayuda Extra completo tendrán copagos limitados a \$3.60 para los medicamentos recetados genéricos y a \$8.95 para los medicamentos recetados de marca comercial.

La **Ayuda Extra Parcial** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 150% del Nivel Federal de Pobreza y límites de recursos dentro de las cantidades indicadas a continuación. Los recursos incluyen \$1,500 adicionales para personas y \$3,000 para parejas por gastos de funeral o entierro.

Beneficios de la Ayuda Extra Parcial:

- Prima del plan mensual en una escala variable en función de los ingresos.
- Deducible reducido a no menos de \$89.
- Copagos reducidos, se paga el menor del 15% de los costos del medicamento o costos compartidos del plan.

Extra Help Income and Asset Limits (2020)				
	Individual		Married Couple	
	Monthly Income	Assets	Monthly Income	Assets
Full Extra Help	\$1,456	\$9,360	\$1,960	\$14,800
Partial Extra Help	\$1,615	\$14,610	\$2,175	\$29,160

HIICAP counselors can help screen for eligibility for Extra Help, as can the Social Security Administration. To apply for Extra Help, call SSA at 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY), or apply online at www.socialsecurity.gov. You may apply for Extra Help at any time of the year.

Individuals with Extra Help will not be subject to a late enrollment penalty in Part D. Additionally, those with Extra Help may change their Part D plan at additional times during the year. See page 38 for more information.

There are cases where someone is automatically eligible for Extra Help but is not enrolled in a Part D plan. The Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program, administered by Humana, may be able to help. LINET can get you retroactive or temporary prescription drug coverage while you enroll in a Part D plan. You may need documentation of Best Available Evidence that you are eligible for Extra Help, such as a Medicaid award letter, a MSP award letter, or proof of SSI. LINET can be reached at 1-800-783-1307.

Ingresos de Ayuda Extra y límites de activos (2020)				
	Individual		Pareja casada	
	Ingreso mensual	Bienes	Ingreso mensual	Bienes
Ayuda Extra Total	\$1,456	\$9,360	\$1,960	\$14,800
Ayuda Parcial Extra	\$1,615	\$14,610	\$2,175	\$29,160

Los asesores del HIICAP, al igual que la Administración del Seguro Social, pueden ayudarlo a evaluar su elegibilidad para Ayuda Extra. Para solicitar Ayuda Extra, llame a la SSA al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY) o haga una solicitud en línea en www.socialsecurity.gov. Puede solicitar Ayuda Extra en cualquier momento del año.

Las personas que reciben Ayuda Extra no estarán sujetas a una multa por inscripción tardía en la Parte D. Además, las personas que reciben Ayuda Extra pueden cambiar su plan de la Parte D en momentos adicionales durante el año. Consulte la página 38 para obtener más información.

Hay casos en los que alguien es automáticamente elegible para la Ayuda Extra pero no está inscrito en un plan de la Parte D. Puede ser de utilidad el Programa de Transición para las personas Recientemente Elegibles con Ingresos Limitados (LINET, por sus siglas en inglés), que administra Humana. LINET puede obtener cobertura de medicamentos recetados retroactiva o temporal mientras se inscribe en un plan de la Parte D. Es posible que necesite documentación de la Mejor evidencia disponible de que es elegible para recibir Ayuda Extra, como una carta de adjudicación de Medicaid, una carta de adjudicación de MSP o un comprobante de SSI. Puede comunicarse con LINET al 1-800-783-1307.

NEW YORK STATE EPIC PROGRAM (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage)

The Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage program (EPIC) is New York State's prescription drug insurance program for New York State's senior citizens. If you are 65 years old or over, live in New York State, and have an income of up to \$75,000 for singles/\$100,000 for married couples, you may be eligible for EPIC. Most pharmacies in New York State participate with the EPIC program.

You must have Part D coverage (PDP or MA-PD) to have EPIC, but if you do not yet have Part D and enroll in EPIC, you can select a Part D plan at that time. Individuals with full Medicaid are not eligible for EPIC (those with a Medicaid spenddown may still be eligible).

EPIC works as secondary coverage to Medicare Part D to lower drug costs. EPIC members should present their Part D card and their EPIC card at the pharmacy each time they fill a prescription. After meeting any Part D deductible, EPIC is secondary coverage. EPIC also covers approved Part D excluded drugs, including prescription vitamins and cough and cold medicines.

EPIC FEE AND DEDUCTIBLE PLANS

There are two plans within EPIC, the Fee Plan and the Deductible Plan. Applicants do not have a choice of which plan to join; EPIC makes this decision based on the individual's/couple's income.

EPIC's Fee Plan is for individuals with annual incomes up to \$20,000 and married couples with incomes up to \$26,000. To participate in the Fee Plan, participants pay the annual fee associated with their income, set on a sliding scale. Fees are based on the previous year's annual income and are paid quarterly. For example: a single person with an income of \$16,000 would be responsible for an annual fee of \$110. A couple with an income of \$24,000 would pay \$260 per person to participate in EPIC's Fee Plan. After paying the fee, participants pay the EPIC co-pay for their medications, based on their Part D plan's deductible and cost-sharing.

EPIC pays the Part D monthly premium for Fee Plan members, up to \$36.55 per month in 2020. In addition, EPIC members with full Extra Help (see page 41) will have their EPIC fees waived.

PROGRAMA EPIC DEL ESTADO DE NUEVA YORK (Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores)

El Programa de cobertura de seguro farmacéutico para las personas mayores (EPIC, por sus siglas en inglés) es el programa de seguro para medicamentos recetados del estado de Nueva York para los ciudadanos mayores del estado de Nueva York. Si tiene 65 años o más, vive en el estado de Nueva York y tiene ingresos de hasta \$75,000 para solteros/\$100,000 para las parejas casadas, es posible que reúna los requisitos de EPIC. La mayoría de las farmacias en el estado de Nueva York participan con el programa EPIC.

Para tener cobertura EPIC, deberá tener cobertura de la Parte D (plan de medicamentos recetados de Medicare o de Medicare Advantage); sin embargo, si aún no cuenta con esta cobertura y se inscribe en EPIC, puede elegir un plan de la Parte D en ese momento. Los beneficiarios con Medicaid completo no son elegibles para la cobertura EPIC (aunque las personas en el programa de exceso de gastos de Medicaid podrán ser elegibles).

EPIC funciona como cobertura secundaria de la Parte D de Medicare para bajar los costos de los medicamentos. Los afiliados de EPIC deberán presentar su tarjeta de la Parte D y de EPIC cuando deseen obtener medicamentos en una farmacia. Luego de alcanzar cualquier deducible de la Parte D, EPIC es la cobertura secundaria. EPIC también cubre medicamentos aprobados excluidos de la Parte D, lo que incluye vitaminas recetadas y medicamentos para la tos y el resfrío.

PLANES DE CARGOS Y DE DEDUCIBLE DE EPIC

Hay dos planes dentro de EPIC: el plan de cargos y el plan de deducibles. Los solicitantes no pueden elegir en qué plan inscribirse; EPIC toma la decisión según los ingresos de la persona o de la pareja.

El **Plan de cargos de EPIC** es para personas con ingresos anuales de hasta \$20,000 y para parejas casadas con ingresos de hasta \$26,000. Para participar en el Plan de cargos, los afiliados pagan el cargo anual asociado con sus ingresos, establecido en una escala móvil. Los cargos se basan en el ingreso anual del año anterior y se pagan trimestralmente. Por ejemplo: una persona soltera con un ingreso de \$16,000 debería pagar un cargo anual de \$110. Una pareja con un ingreso de \$24,000 debería pagar \$260 por persona para participar en el Plan de cargos de EPIC. Después de pagar la tarifa, los participantes pagan el copago EPIC por sus medicamentos, según el deducible y el costo compartido de su plan de la Parte D.

EPIC paga la prima mensual de Parte D para miembros del Plan de cargos, hasta \$36.55 por mes en 2020. Además, los miembros de EPIC con el programa Ayuda Extra completo (consulte la página 41) quedarán exentos de pagar la tarifa de EPIC.

EPIC's Deductible Plan is for individuals with annual incomes between \$20,001 and \$75,000, and married couples with incomes between \$26,001 and \$100,000. To participate in the Deductible Plan, participants pay for their prescriptions until they meet their EPIC deductible amount, which is based on the previous year's income. After meeting the deductible, participants pay only the EPIC co-pay. For example, a single person with an income of \$23,000 must meet an annual deductible of \$580. For a married couple with an income of \$29,000, each person must meet an annual deductible of \$700. There is no fee to join the deductible plan.

EPIC pays the Part D monthly premium (up to \$36.55 per month in 2020) for Deductible Plan members with incomes up to \$23,000 single/\$29,000 married. Deductible Plan members with higher incomes must pay their own Part D premiums, but their EPIC deductible will be lowered by the annual cost of a basic Part D plan (\$438.60 in 2020).

After a Deductible Plan member reaches his/her deductible, all that they will need to pay is the EPIC co-payment for covered drugs, based on their Part D plan's copays. Drug costs incurred in the Part D deductible phase cannot be applied to the EPIC deductible.

TIPS

- ✓ EPIC members without Extra Help may want to look into a Part D plan without a deductible; EPIC does not cover prescription medications purchased during a Part D plan's deductible period.
- ✓ EPIC enrollment and EPIC copays are not reflected in the www.medicare.gov Planfinder tool.

How does EPIC work with Medicare Part D?

New York law requires EPIC members to also be enrolled in a Medicare Part D plan (see Medicare Part D, page 29), so if someone cannot enroll in Part D for whatever reason, they are not eligible for EPIC.

You can enroll in EPIC at any time of the year. Even if you do not have a Part D plan at the time of EPIC enrollment, you can enroll in a Part D plan afterwards.

El **Plan de deducibles de EPIC** es para personas con ingresos anuales de entre \$20,001 y \$75,000, y para parejas casadas con ingresos de entre \$26,001 y \$100,000. Para participar en el Plan de deducibles, los afiliados pagan sus medicamentos recetados hasta alcanzar el monto del deducible de EPIC que les corresponde, el cual basa en los ingresos del año anterior. Una vez alcanzado el deducible, los afiliados solo pagan el copago de EPIC. Por ejemplo, una persona soltera con un ingreso de \$23,000 debe alcanzar un deducible anual de \$580. En el caso de las parejas casadas con un ingreso de \$29,000, cada persona debe alcanzar un deducible anual de \$700. No hay tarifa para inscribirse en el plan de deducibles.

EPIC paga la prima mensual de la Parte D (hasta \$36.55 por mes en 2020) para los miembros del Plan de deducibles con ingresos de hasta \$23,000 para solteros/\$29,000 para parejas casadas. Los miembros del Plan de deducibles con ingresos superiores deben pagar sus propias primas de la Parte D, pero su deducible de EPIC se reducirá según el costo anual de un plan básico Parte D (\$438.60 en 2020).

Luego de que un miembro del Plan de deducibles alcance su deducible, todo lo que deberá pagar será solamente el copago de EPIC por los medicamentos cubiertos, según los copagos de su plan de la Parte D. Los costos de medicamentos en los que haya incurrido en la fase de deducibles de la Parte D no pueden aplicarse al deducible de EPIC.

INFORMACIÓN ÚTIL

- ✓ Los miembros de EPIC sin Ayuda Extra pueden considerar un plan de la Parte D sin deducible; EPIC no cubre los medicamentos recetados comprados durante el período de deducibles de un plan de la Parte D.
- ✓ La inscripción en EPIC y los copagos de EPIC no están reflejados en la herramienta de búsqueda de planes médicos www.medicare.gov.

¿Cómo funciona EPIC con la Parte D de Medicare?

La ley de Nueva York exige que los miembros de EPIC se inscriban en un plan de la Parte D de Medicare (consulte Parte D de Medicare, en la página 29) y, por lo tanto, si alguna persona no se puede inscribir en la Parte D por cualquier razón, no es elegible para EPIC.

Puede inscribirse en EPIC en cualquier momento del año. Aunque no tenga un plan de la Parte D en el momento de la inscripción en EPIC, puede inscribirse en un plan de la Parte D a continuación.

Part D coverage is primary and EPIC coverage is always secondary. The enrollee pays the EPIC co-pay based on the amount remaining after the Part D plan pays, thus reducing the enrollee’s costs. For example, if you are responsible for paying a \$20 co-pay for a drug using your Part D coverage and also have EPIC, you would pay the EPIC co-pay on a \$20 drug, which is \$7. In addition, EPIC will cover you after you have met any Part D deductible, including during the initial coverage level, the coverage gap, and during catastrophic coverage, as long as the drugs are first covered by your Part D plan. EPIC will be a secondary payer for Part D plan members who use EPIC participating mail order pharmacies, even if that mail order pharmacy is outside of NY State. (EPIC will not pay the out-of-state pharmacy for a drug not covered by the Part D plan.)

EPIC is New York State’s State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP). SPAP members have a Special Enrollment Period (SEP), which allows you to enroll in or switch Part D plans (either a Medicare Advantage plan with Part D coverage, or a Part D plan that works with Original Medicare) one additional time each year.

EPIC and Extra Help

EPIC requires members who appear to be income eligible for Extra Help to complete an additional form called Request for Additional Information (RAFI) so that EPIC can apply to the Social Security Administration for Extra Help on their behalf. The application for Extra Help will then be forwarded to New York State’s Medicaid program to assess eligibility for a Medicare Savings Program (see page 47) to help pay for the Medicare Part B premium.

**Co-payments for Medicare Part D and EPIC covered
or approved Part D excluded drugs:**

Prescription Cost (after submitting to Medicare Part D plan)	EPIC Co-Payment
Up to \$ 15	\$ 3
\$ 15.01 to \$ 35	\$ 7
\$ 35.01 to \$ 55	\$ 15
Over \$ 55	\$ 20

La cobertura de la Parte D es primaria y la cobertura EPIC es siempre secundaria. El afiliado paga el copago de EPIC según el monto restante después de que el plan de la Parte D pague su parte, lo cual reduce el costo para el afiliado. Por ejemplo, si debe efectuar un copago de \$20 por un medicamento con su cobertura de la Parte D y también tiene EPIC, usted pagaría el copago de la EPIC por un medicamento de \$20, que es de \$7. Además, EPIC lo cubrirá después de haber alcanzado cualquier deducible de Parte D, incluso durante el nivel inicial de cobertura, la brecha de cobertura, y durante la cobertura de gastos catastróficos, siempre que los medicamentos estén cubiertos por el plan de la Parte D en primer lugar. EPIC será un pagador secundario de los afiliados a la Parte D del plan que usan determinadas farmacias participantes con entrega por correo postal de EPIC, incluso si dicha farmacia con entrega por correo postal se encuentra fuera del estado de Nueva York. (EPIC no le pagará a una farmacia que se encuentre fuera del estado por un medicamento que no está cubierto en el plan Parte D).

EPIC es el Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal (SPAP, por sus sigas en inglés) del estado de Nueva York. Los miembros de SPAP tienen un Período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés), que les permite inscribirse en los planes de la Parte D o cambiar dichos planes (un plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D o un plan de la Parte D que opera con Medicare Original) una vez más cada año.

EPIC y Ayuda Extra

EPIC requiere que los miembros que reúnen los requisitos de ingresos para Ayuda Extra completen un formulario adicional denominado Solicitud de Información Adicional (RAFI, por sus siglas en inglés) para que EPIC pueda solicitar el programa Ayuda Extra en su nombre ante la Administración del Seguro Social. Esta solicitud de Ayuda Extra también será reenviada al programa Medicaid del estado de Nueva York, a fin de evaluar la elegibilidad para el Programa de ahorros de Medicare (consulte la página 47) con el objetivo de ayudarlo a pagar la prima de la Parte B de Medicare.

**Cobertura de los copagos de la Parte D de Medicare y de EPIC
o medicamentos de la Parte D aprobados que se excluyen:**

Costo del medicamento recetado (después de presentarse al plan de la Parte D de Medicare)	EPIC Copago
Hasta \$15	\$3
\$15.01 a \$35	\$7
\$35.01 a \$55	\$15
Más de \$55	\$20

EPIC and Employer/Retiree Drug Coverage

EPIC requires Part D plan enrollment; individuals with employer/retiree drug coverage are unlikely to have EPIC, since enrollment in a Part D plan would most likely compromise their employer/retiree coverage. However, sometimes the employer/retiree drug coverage is actually considered to be a Part D plan, in which case the individual could also have EPIC. **Check with the benefits manager to find out what drug coverage you have.**

Applying for EPIC

- You can call EPIC at 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) to request an application.
- Visit https://www.health.ny.gov/health_care/epic/ for more information on EPIC and to download and print an application. You can also submit an online request for EPIC to mail you an application.
- Fax the completed EPIC application to 518-452-3576, or mail the completed application to EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

Cobertura de medicamentos por EPIC y por programas del empleador o para jubilados

EPIC exige la inscripción en un plan de la Parte D; es improbable que las personas con cobertura para medicamentos según planes de los empleadores/para jubilados tengan también cobertura de EPIC, ya a que la inscripción en un plan de la Parte D probablemente pondría en peligro su cobertura de un plan de su empleador/para jubilados. No obstante, en ocasiones, la cobertura de medicamentos conforme a un plan del empleador/para jubilados se considera un plan de la Parte D, en cuyo caso la persona también podría tener EPIC. **Consulte con el gerente de beneficios para averiguar qué cobertura de medicamentos tiene.**

Solicitud de EPIC

- Puede llamar a EPIC al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) para pedir una solicitud.
- Visite https://www.health.ny.gov/health_care/epic/ para obtener más información sobre EPIC y para descargar e imprimir una solicitud. También puede solicitar en línea a EPIC que le envíen una solicitud por correo.
- Envíe por fax la solicitud completada de EPIC al 518-452-3576 o envíela a EPIC por correo postal, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

Medicare Savings Programs (MSP) can help eligible individuals pay for their Medicare premiums and other costs associated with Medicare. MSPs are administered by the Human Resources Administration (HRA) in New York City. One can apply for an MSP at any time of the year. MSPs are authorized for 12-months; HRA mails renewal packets annually to assess ongoing eligibility.

Below is information on the Medicare Savings Programs, followed by income limits for each of the programs, and how to apply.

- Qualified Medicare Beneficiary Program (QMB):** This program can pay for the Medicare Part A and/or Part B premium, as well as the coinsurance and deductibles for Parts A and B. An individual can be eligible for QMB only, or for QMB as well as Medicaid. Individuals with QMB should see providers who accept both Medicare and Medicaid if they want full Medical coverage with no out-of-pocket costs.
 - NEW: QMB status is now noted on the Medicare Summary Notice, making it clear that the QMB beneficiary is not responsible for any Medicare cost-sharing.
 - SSI recipients should be auto-enrolled in QMB when they become Medicare eligible and should be enrolled in both Medicare Part A and Part B.
- Specified Low Income Medicare Beneficiary Program (SLMB):** This program pays for the Medicare Part B premium. Individuals can be eligible for SLMB only, or for SLMB and Medicaid (with a spenddown). The applicant must have Medicare Part A in order to be eligible for SLMB.
- Qualified Individual (QI):** This program pays for the Medicare Part B premium. Individuals cannot be eligible for both QI and Medicaid. The applicant must have Medicare Part A to be eligible for QI.

MSP Monthly Income and Resource Limits - 2019				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,061	No Limit	\$1,420	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,269	No Limit	\$1,711	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,426	No Limit	\$1,923	No Limit

PROGRAMAS DE AHORROS DE MEDICARE

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) pueden ayudar a las personas que reúnen ciertos requisitos a pagar sus primas de Medicare y otros costos asociados con Medicare. Los MSP son gestionados por la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York. Uno puede solicitar un MSP en cualquier momento del año. Los MSP están autorizados por 12 meses; la HRA envía anualmente paquetes de renovación para evaluar la continuidad de la elegibilidad.

A continuación se ofrece información sobre los programas de ahorros de Medicare, seguida por los límites de ingresos de cada uno de los programas, y cómo presentar una solicitud.

- Programa para Beneficiarios calificados de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés):** Este programa puede pagar la prima de la Parte A y/o de la Parte B de Medicare, además del coseguro y los deducibles de las Partes A y B. Una persona puede reunir los requisitos para recibir únicamente el QMB, o para recibir el QMB y Medicaid. Los beneficiarios de QMB deben recibir servicios de proveedores que acepten tanto Medicare como Medicaid si desean una cobertura médica completa sin costos de bolsillo.
 - INFORMACIÓN NUEVA: La categoría de beneficiario calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) figura ahora en la Notificación resumida de Medicare, que indica claramente que los beneficiarios QMB no son responsables de ningún costo compartido de Medicare.
 - Los beneficiarios de SSI deben inscribirse automáticamente en QMB cuando se vuelven elegibles para Medicare y deben inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Programa para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados (SLMB, por sus siglas en inglés):** Este programa paga la prima de la Parte B de Medicare. Las personas pueden reunir los requisitos para el SLMB únicamente o para el SLMB y Medicaid (con ingresos excesivos [*spend down*]). El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa SLMB.
- Persona calificada (QI, por sus siglas en inglés):** Este programa paga la prima de la Parte B de Medicare. No se puede reunir los requisitos para QI y Medicaid al mismo tiempo. El solicitante debe tener la Parte A de Medicare para reunir los requisitos del programa QI.

Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP - 2019				
	Soltero		Pareja casada	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
QMB: 100% FPL	\$1,061	Sin límite	\$1,420	Sin límite
SLMB: 120% del FPL	\$1,269	Sin límite	\$1,711	Sin límite
QI: 135% FPL	\$1,426	Sin límite	\$1,923	Sin límite

MSP Monthly Income and Resource Limits – 2020 estimate				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,083	No Limit	\$1,457	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,296	No Limit	\$1,744	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,456	No Limit	\$1,960	No Limit

Applying for a Medicare Savings Program

- One can apply through a Deputized Agent, at the local Medicaid office, or by mail.
 - A Deputized Agent will assist you with completing the application and collecting the necessary supporting documents. To make an appointment with a deputized HIICAP counselor, call Aging Connect at 212-244-6469 and ask for HIICAP. You can also reach out to the Medicare Rights Center at 1-800-333-4114.
 - Reach out to a Facilitated Enroller. Visit <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> or call 347-396-4705 to locate a center near your home where you can get assistance completing the application.
 - Mail the completed application and copies of supporting documents to: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

What application do I use?

- If you are applying for an MSP only (not Medicaid and an MSP), you can use the simplified Medicare Savings Application form, the DOH-4328, at <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- If you are applying for both an MSP and Medicaid, you must use the Medicare Savings Application and the Access NY Health Care, DOH-4220 application found at <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

What counts as income when applying for an MSP?

- Income includes wages from an employer or self-employment. It also includes funds that are received on a monthly basis, such as Social Security, pension, Veteran’s Benefits, Unemployment Insurance, etc., as well as regular distributions from an IRA, 401K, 403B, or other retirement account.
- There are certain income disregards which can reduce the amount of money that is counted when determining MSP eligibility. This can include health insurance premiums that are paid, for example: Medigap premiums, Long Term Care Insurance premiums, retiree health insurance premiums, and dental insurance.

Note: The MSP program requires that you be collecting any Social Security benefits for which you are eligible, unless delaying Social Security because you are working full time.

Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP – estimados para 2020				
	Soltero		Pareja casada	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
QMB: 100% FPL	\$1,083	Sin límite	\$1,457	Sin límite
SLMB: 120% del FPL	\$1,296	Sin límite	\$1,744	Sin límite
QI: 135% FPL	\$1,456	Sin límite	\$1,960	Sin límite

Cómo solicitar uno de los Programas de Ahorros de Medicare

- Puede solicitarse a través de un agente autorizado, en la oficina local de Medicaid, o por correo.
 - El agente autorizado lo asistirá para completar la solicitud y reunir los documentos justificativos que se necesitan. Para concertar una cita con un asesor autorizado de HIICAP, llame a Aging Connect al 212-244-6469 y pregunte por HIICAP. También puede comunicarse con el Centro de Derechos de Medicare llamando al 1-800-333-4114.
 - Comuníquese con un asistente de inscripción. Visite <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> o comuníquese al 347-396-4705 para ubicar un centro cerca de su hogar donde pueda obtener asistencia para completar su solicitud.
 - Envíe por correo la solicitud completa y copias de los documentos justificativos a: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801.

¿Qué solicitud debo usar?

- Si solicita solamente un MSP (y no Medicaid y un MSP), puede usar el formulario simplificado de Solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare, el DOH-4328, disponible en <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- Si solicita un MSP y Medicaid, debe utilizar la Solicitud de un Programa de Ahorros de Medicare y la solicitud de Access NY Health Care, DOH-4220, disponible en <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

¿Qué cuenta como ingreso al solicitar un MSP?

- Los ingresos incluyen salarios de un empleador o trabajo por cuenta propia. También incluye los fondos que se reciben mensualmente, como el Seguro Social, las pensiones, los beneficios para veteranos, el seguro de desempleo, etc., así como las distribuciones regulares de una cuenta IRA, 401K, 403B u otra cuenta de jubilación.
- Hay ciertas omisiones de ingresos que pueden reducir la cantidad de dinero que se cuenta al determinar la elegibilidad para MSP. Esto puede incluir las primas de seguro de salud que se pagan, por ejemplo: primas de Medigap, primas de seguro de atención a largo plazo, primas de seguro de salud para jubilados y seguro dental.
Nota: Estos programas exigen que esté cobrando algún beneficio de Seguro Social para el cual resulte elegible, a menos que demore el Seguro Social porque está trabajando a tiempo completo.

Medicare Savings Program advocacy tips:

- Individuals in an MSP are automatically eligible for full Extra Help to lower their Medicare Part D drug costs (see page 41).
- If you apply for Extra Help through the Social Security Administration, SSA will forward your information to New York State to be considered for MSP eligibility.
- You may qualify for a Medicare Savings Program even if still working due to earned income disregards.

Consejos para la promoción del Programa de ahorros de Medicare:

- Los beneficiarios de un MSP automáticamente reúnen los requisitos para el programa de Ayuda Extra completo para reducir sus costos de medicamentos de la Parte D de Medicare (ver página 41).
- Si solicita Ayuda Extra a través de la Administración del Seguro Social, la SSA enviará su información al Estado de Nueva York para que se considere su elegibilidad para MSP.
- Puede calificar para un Programa de ahorros de Medicare incluso si todavía está trabajando debido a que no se tiene en cuenta el ingreso del trabajo.

MEDICARE FRAUD AND ABUSE

The federal government estimates that billions of dollars--approximately ten percent of the Medicare dollars spent--are lost through fraud, waste and abuse. Medicare beneficiaries are encouraged to be alert to, and report, any suspicious billing charges.

What is **Fraud**?

Fraud is the act of obtaining, or attempting to obtain, services or payments by fraudulent means—intentionally, willingly and with full knowledge of your actions. Examples of fraud are:

- Kickbacks, bribes or rebates.
- Using another person's Medicare card or number to obtain services.
- Billing for items or services not actually provided.
- Billing twice for the same service on the same date or different date.
- Billing for non-covered services, such as dental care, routine foot care, hearing services, routine eye exams, etc. and disguising them as covered services.
- Billing both Medicare and another insurer, or Medicare and the patient, in a deliberate attempt to receive payment twice.

What is **Abuse**?

Abuse can be incidents and practices which may not be fraudulent, but which can result in losses to the Medicare program. Examples of abuse are:

- Over-utilization of medical and health care services.
- Improper billing practices.
- Increasing charges to Medicare beneficiaries but not to other patients.
- Not adjusting accounts when errors are found.
- Routinely waiving the Medicare Part B deductible and 20% co-insurance.

Medicare Do's and Don'ts

- Never give your Medicare number to people you don't know. File a report with Medicare if you think someone has stolen your Medicare Beneficiary Identifier (MBI).
- Beware of private health plans, doctors and suppliers who use unsolicited telephone calls and door-to-door selling as a way to sell you goods and services.
- Be suspicious of people who call and identify themselves as being from Medicare. Medicare does not call beneficiaries and does not make house calls.
- Be alert to companies that offer free giveaways in exchange for your Medicare number.
- Watch for home health care providers that offer non-medical transportation services or housekeeping as Medicare-approved services.
- Be suspicious of people who claim to know ways to get Medicare to pay for a service that is not covered.
- Keep a record of your doctor visits and the processing of your bills by comparing the Medicare Summary Notice (MSN) and other coverage to the actual care.

FRAUDE Y ABUSO DE MEDICARE

El gobierno federal estima que miles de millones de dólares, aproximadamente el diez por ciento del dinero gastado en Medicare, se ha perdido a causa de fraude, derroche y abuso. Alentamos a los beneficiarios de Medicare a estar alerta e informar de cualquier facturación sospechosa.

¿Qué es el **fraude**?

El fraude es el acto de obtener, o intentar obtener, servicios o pagos por medios fraudulentos, en forma intencional, voluntaria y con pleno conocimiento de sus acciones. Ejemplos de fraude:

- Comisiones, sobornos o reembolsos.
- Usar la tarjeta de Medicare de otra persona para obtener servicios.
- Facturación por artículos o servicios que, en realidad, no fueron provistos.
- Facturación doble por el mismo servicio en la misma fecha o con fecha diferente.
- Facturación por servicios no cubiertos, como atención odontológica, servicios de podología de rutina, servicios de audiología, exámenes oftalmológicos de rutina, etc., y hacerlos pasar como servicios cubiertos.
- Facturar tanto a Medicare como a otra aseguradora o a Medicare y al paciente, en un intento deliberado de recibir el pago dos veces.

¿Qué es **abuso**?

El abuso son los incidentes y las prácticas que pueden no ser fraudulentas, pero que pueden ocasionar pérdidas al programa Medicare. Ejemplos de abuso:

- Uso excesivo de servicios médicos o de salud.
- Prácticas inapropiadas de facturación.
- Aumento de cargos para beneficiarios de Medicare, pero no para otros pacientes.
- Falta de ajustes en las cuentas cuando se descubren errores.
- Omitir en forma rutinaria el deducible de la Parte B de Medicare y el 20% de coseguro.

La realidad sobre Medicare

- No proporcione nunca su número de Medicare a personas que no conozca. Presente un informe ante Medicare si cree que alguien le ha robado su Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés).
- Tenga cuidado con los planes de salud, los médicos y los proveedores privados que usen llamadas telefónicas y venta puerta a puerta para venderle bienes y servicios.
- Sospeche de personas que llamen y se identifiquen como pertenecientes a Medicare. Medicare no llama por teléfono a sus beneficiarios y no hace visitas domiciliarias.
- Esté alerta ante empresas que ofrezcan regalos a cambio de su número de Medicare.
- Manténgase alerta respecto de proveedores de atención médica domiciliaria que ofrezcan servicios de transporte no médico o trabajos domésticos como si fueran servicios aprobados de Medicare.
- Desconfíe de aquellas personas que digan conocer formas de hacer que Medicare pague por un servicio no cubierto.
- Lleve un registro de sus visitas al médico y del procesamiento de sus facturas, que compare la Notificación resumida de Medicare (MSN) y otras coberturas con el servicio que recibió.

Be alert to:

- Duplicate payments for the same service.
- Services that you do not recall receiving.
- Services billed that are different from the services received.
- Medicare payment for a service for which you already paid the provider.

How to report Medicare fraud

If you believe health care fraud or abuse has been committed, call 1-800-333-4374. Detail as much of the following information as possible:

- Provider or company name and any identifying number next to his or her name.
- Your name, address and telephone number.
- Date of service.
- Type of service or item claimed.
- Amount approved and paid by Medicare.
- Date of the Medicare Summary Notice (MSN).
- A brief statement outlining the problem. Try to be as specific as possible.

When Medicare beneficiaries assist the Medicare program in finding fraudulent or abusive practices, you are saving Medicare —and yourself—money.

**To report Medicare Fraud and Abuse,
Call SMP (Senior Medicare Patrol) at 1-800-333-4374.**

**To report Fraud & Abuse with Medicare Part D plans,
Call Medic at 1-877-7SafeRx.**

**Fraud and Abuse Are Everyone’s Problems and
Everyone Can Help!**

IDENTITY THEFT

The Federal Trade Commission offers information about how to protect your identity. Please contact the FTC for information or to make a complaint by calling 1-877-438-4338 or visiting www.consumer.gov/section/scams-and-identity-theft.

Please protect your Medicare number and Social Security number, as well as your date of birth, and any other personal information such as banking or credit card information. Be scrupulous and ask questions of those requesting this information from you and do not hesitate to inquire the legitimacy of their need for this information. Be an informed and proactive consumer.

Preste atención a:

- Pagos duplicados por el mismo servicio.
- Servicios que no recuerde haber recibido.
- Servicios facturados diferentes de los servicios recibidos.
- Pago de Medicare por un servicio que usted ya pagó al proveedor.

Cómo informar el fraude a Medicare

Si cree que se ha cometido un fraude o abuso, llame al 1-800-333-4374. Brinde la siguiente información en el mayor detalle posible:

- Nombre del proveedor o de la empresa y cualquier número de identificación al lado del nombre.
- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Fecha del servicio.
- Tipo de servicio o artículo reclamado.
- Monto aprobado y pagado por Medicare.
- Fecha de la Notificación resumida de Medicare (MSN).
- Una declaración breve que detalle el problema. Trate de ser lo más específico posible.

Cuando los beneficiarios de Medicare ayudan al programa de Medicare a detectar prácticas fraudulentas o abusivas, usted está ahorrando dinero a Medicare y a sí mismo.

**Para denunciar un fraude o abuso de Medicare,
llame a la Senior Medicare Patrol (Patrulla de Medicare para personas
mayores, SMP) al 1-800-333-4374.**

**Para denunciar un fraude o abuso respecto de los planes de la Parte D de
Medicare, llame a Medic, al 1-877SafeRx.**

**El fraude y el abuso nos conciernen a todos,
y todos podemos ayudar a prevenirlos.**

ROBO DE IDENTIDAD

La Comisión Federal de Comercio (FTC) ofrece información sobre cómo proteger la identidad. Comuníquese con la FTC para obtener información o para presentar una denuncia por teléfono al 1-877-438-4338 o en la web, www.consumer.gov/section/scams-and-identity-theft.

Proteja su número de Medicare y su número de Seguridad Social como también su fecha de nacimiento y cualquier otra identificación personal, como información bancaria o de tarjetas de crédito. Sea cuidadoso y haga preguntas sobre quienes le piden esta información y no dude en averiguar acerca de la legitimidad de este pedido de información. Sea un consumidor informado y proactivo.

MEDICAID ELIGIBILITY FOR 65+, BLIND OR DISABLED
Non-MAGI Medicaid

Medicaid is a joint federal, state and city government health insurance program for low-income individuals. Medicaid is a “means tested” program requiring applicants to prove financial need in order to be eligible. Once an individual is determined to be Medicaid eligible, a permanent plastic Medicaid card is issued and is valid as long as he or she remains eligible. In addition to financial guidelines, Medicaid requires that you be a U.S. citizen or qualified alien. In order to apply for Medicaid in NYC you must reside in NYC.

MEDICAID COVERED SERVICES

- Emergency & Hospital Services
- Preventive Services
- Personal Care Services
- Case Management Services
- Approved Prescription Medication
- Physical Therapy
- Speech and Hearing Rehabilitation
- Tuberculosis (TB) Related Services
- Mental Health Services
- Private Duty Nursing
- Hearing aids
- Diagnostic Services
- Occupational Services
- Clinic Services
- Screening Services
- Rehabilitative Services
- Hospice Care
- Eyeglasses & Optometry Services
- Dental Services and Dentures
- Prosthetic Devices
- Transportation
- Home Health Care

Where and how you apply for Medicaid depends on your “category”: those 65+, blind or disabled apply through the NYC Human Resources Administration; those under 65 and not blind or disabled apply through the NY State of Health. This section discusses how individuals 65+, blind or disabled apply for Medicaid. See page 61 for information on Medicaid for those who are under 65 and not blind or disabled.

Individuals 65+, blind or disabled, can qualify for Medicaid in different ways, depending on what services they are requesting.

- **Community Medicaid** refers to Medicaid that people use when they are living in their home and using Medicaid for health insurance coverage.

REQUISITOS DE MEDICAID PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, CIEGAS O DISCAPACITADAS
Medicaid sin MAGI (por sus siglas en inglés)

Medicaid es un programa conjunto de seguro médico del gobierno federal, del gobierno del estado y del gobierno de la ciudad para personas con bajos ingresos. Medicaid es un programa que evalúa la situación económica de los solicitantes que exige que estos prueben sus necesidades económicas para poder calificar. Una vez que se determina que una persona es elegible para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid que es válida mientras la persona continúe siendo elegible. Además de los requisitos económicos, Medicaid exige que sea ciudadano de los EE. UU. o extranjero calificado. Para solicitar Medicaid en la ciudad de Nueva York, deberá residir en esta ciudad.

Servicios que cubre Medicaid

- Servicios de emergencias y hospitalarios
- Servicios preventivos
- Servicios de cuidado personal
- Servicios de administración de casos
- Medicamentos recetados aprobados
- Terapia física
- Rehabilitación fonoaudiológica
- Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)
- Servicios de salud mental
- Enfermería privada
- Audífonos
- Servicios de diagnóstico
- Servicios ocupacionales
- Servicios clínicos
- Servicios de exámenes de detección
- Servicios de rehabilitación
- Atención en residencias para enfermos terminales
- Servicios de anteojos y optometría
- Servicios odontológicos y dentaduras postizas
- Prótesis
- Transporte
- Atención médica a domicilio

La ubicación y el modo de solicitar Medicaid depende de su “categoría”: los mayores de 65 años, ciegos o discapacitados presentan su solicitud mediante la Administración de Recursos Humanos (HRA, por sus siglas en inglés) de la ciudad de Nueva York; los menores de 65 años que no son ciegos ni discapacitados, mediante NY State of Health. Esta sección contempla la manera de solicitar Medicaid para las personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas. Ver página 61 para obtener información sobre Medicaid para aquellos menores de 65 años y que no sean ciegos o discapacitados.

Los mayores de 65 años, ciegos o discapacitados pueden reunir los requisitos para Medicaid de varios modos, según los servicios que soliciten.

- **Community Medicaid (Medicaid Comunitario)** hace referencia a la cobertura de Medicaid para las personas que viven en su domicilio y utilizan Medicaid como cobertura de seguro médico.

- **Institutional Medicaid** refers to Medicaid providing the full range of health coverage AND paying for care in a nursing home on a full-time basis (this is different from care in a skilled nursing facility, which is temporary and covered by Medicare Part A).

COMMUNITY MEDICAID has a **maximum monthly countable income** of \$875 for single individuals/\$1,284 for married couples, and an **asset** limit of \$15,750 (plus \$1,500 in a burial fund) for single individuals/ \$23,100 (plus \$3,000 in burial funds) for married couples in 2020.

Medicaid counts **income** from all sources, including wages, and Social Security and pension payments. There are certain allowable **income deductions**, so even if your income is over these amounts, you are encouraged to apply. Additionally, if your income is over these amounts, you may be eligible to participate in Medicaid's **Excess Income Program, also known as Medicaid Spenddown**. With the Spenddown Program, you spend down your "excess amount," the amount by which you are over Medicaid's income limit, on health expenses and then you have full Medicaid coverage for the remainder of the month.

Assets include cash, bank accounts, IRAs and stocks. Certain assets are not counted toward these limits, including your primary home, your automobile and personal belongings. Community Medicaid applicants must document assets in the month of application; there is no lookback period for transfer of assets for Community Medicaid.

For a complete listing of how Medicaid counts income and assets, visit the Medicaid Reference Guide at www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. If your income and/or assets are over Medicaid's allowed amounts, you may want to consider applying for a Medicare Savings Program to help pay the Medicare premiums and other costs associated with Medicare (see page 47).

The Medicaid Application: Applicants complete the Access NY Health Care application, form DOH 4220, as well as Supplement A. You can access the applications and instructions, in both English and Spanish, at www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#trusts.

Where do I submit the application?

You have a choice of where and how to submit your Medicaid application:

- **Institutional Medicaid (Medicaid Institucional)** hace referencia a la cobertura de Medicaid que proporciona cobertura médica completa y cubre la atención de tiempo completo en una residencia para ancianos (esto es diferente de la atención médica en un centro de enfermería especializada, que es temporaria y la cubre la Parte A de Medicare).

COMMUNITY MEDICAID tiene un **máximo de ingresos mensuales contables** de \$875 para personas solteras, viudas o divorciadas/\$1,284 para matrimonios, y un límite de **bienes** de \$15,750 (más \$1,500 en un fondo para sepelio) para personas solteras, viudas o divorciadas/\$23,100 (más \$3,000 en fondos para sepelio) para matrimonios en 2020.

Medicaid tiene en cuenta los **ingresos** de todas las fuentes, incluso los salarios y los pagos de Seguro Social y jubilación. Se aplican determinadas **deducciones autorizadas de ingresos**; por lo tanto, incluso si sus ingresos exceden estos montos, le recomendamos que presente una solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, podrá ser elegible para participar en el **Excess Income Program** o, también conocido como, **Medicaid Spenddown** (Programa de Exceso de Ingresos, o exceso de gastos) de Medicaid. Con este programa, usted cubre costos por el valor de su "monto de exceso", el monto por el que supera el límite de ingresos de Medicaid en gastos médicos y luego tiene cobertura completa de Medicaid durante el resto del mes.

Los **bienes** incluyen el dinero en efectivo, las cuentas bancarias, cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés) y acciones. Ciertos bienes no se tienen en cuenta en estos límites, como la vivienda de residencia principal, automóvil y bienes personales. Quienes solicitan Community Medicaid deberán documentar sus bienes en el mes de la solicitud, y no hay un período de revisión de transferencias de bienes para Community Medicaid.

Para obtener una lista completa de la manera en que Medicaid cuenta los ingresos y los bienes, visite la Guía de referencia de Medicaid en www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. Si sus ingresos o bienes superan los montos autorizados por Medicaid, puede ser conveniente que solicite participar en uno de los programas de ahorros de Medicare para obtener ayuda con el pago de las primas y otros costos asociados con Medicare (consulte la página 47).

La solicitud de Medicaid: Es necesario completar la solicitud de acceso a la atención médica en el estado de Nueva York (Access NY Health Care), el formulario DOH 4220 y también el complemento A. Puede acceder a las solicitudes y a las instrucciones en inglés y español en www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#trusts.

¿Dónde debo presentar la solicitud?

Usted puede elegir dónde y cómo presentar su solicitud de Medicaid:

- Contact a facilitated enroller near you for assistance. HIICAP counselors can direct you to an agency in your borough or you can visit www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf for a listing of enrollers.
- Go to your local Medicaid office—you can get help with completing the application in person at the office or drop off a completed application. See page 74 for a list of Medicaid offices, call 311 and ask for the Human Resources Administration, or visit www1.nyc.gov/site/hra/locations/mcicaid-locations.page.
- Submit an application by mail. Mail the completed application along with supporting documents to:
Initial Eligibility Unit
HRA/Medicaid Assistance Program
P.O. Box 2798
New York, NY 10117-2273

Recertification: Medicaid is authorized for a period of 12-months. In about the 9th month of coverage, HRA mails a recertification packet in the mail that must be completed in order for ongoing eligibility to be determined.

Eliminating the “Spenddown” for Medicaid Applicants

Disabled individuals of any age with community Medicaid services including home care, adult day care and prescription drug costs can utilize all of their income to pay for living expenses by participating in a **supplemental needs trust**. Setting up a supplemental needs trust eliminates the need for individuals to contribute their “surplus” or “spenddown” moneys to Medicaid. The pooled-income trust fund, managed by a nonprofit agency, receives the individual’s monthly surplus income and redistributes it on behalf of that individual as directed by the individual or their legal representative. Please speak to an eldercare lawyer or a knowledgeable geriatric care manager for further information regarding estate planning and the supplemental needs trust.

For more information, contact the Evelyn Frank Legal Resources Program at NY Legal Assistance Group at 212-613-7310 or email EFLRP@NYLAG.org.

How does Medicaid work with Medicare?

It is possible to have both Medicare and Medicaid. People with both Medicare and Medicaid are known as “dual eligibles.” Medicare is primary coverage and Medicaid secondary. In addition to paying for Medicare’s cost-sharing requirements, such as the Part A deductible and Part B deductible and 20% co-insurance, Medicaid in New York also offers benefits, such as home health care, and dental and vision services, which are not covered under the Medicare program.

- Comuníquese con un facilitador de inscripción cercano a su domicilio para obtener asistencia. Los asesores del HIICAP pueden indicarle una agencia en su distrito, o puede visitar www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf para obtener una lista de facilitadores.
- Puede visitar su oficina local de Medicaid: podrá obtener ayuda para llenar la solicitud en persona en la oficina o dejar una solicitud completada. Consulte la página 74 para encontrar una lista de oficinas de Medicaid, llame al 311 para hablar con la Administración de Recursos Humanos o visite www1.nyc.gov/site/hra/locations/mcicaid-locations.page.
- Puede enviar una solicitud por correo postal. Envíe la solicitud completada junto con documentos comprobatorios a:
Initial Eligibility Unit
HRA/Medicaid Assistance Program
P.O. Box 2798
New York, NY 10117-2273

Recertificación: La autorización de Medicaid tiene una duración de doce (12) meses. Alrededor del 9º mes de cobertura, la HRA envía un paquete de recertificación que usted deberá completar para que se determine la continuidad de su elegibilidad.

Eliminación de “Exceso de Gastos” para solicitantes de Medicaid

Las personas discapacitadas de cualquier edad que reciben servicios comunitarios de Medicaid, que incluyen atención domiciliaria, atención diurna de adultos y costos de medicamentos recetados, pueden usar la totalidad de sus ingresos para pagar los gastos de vida participando en un **fideicomiso para necesidades suplementarias**. Crear un fideicomiso para necesidades suplementarias elimina la necesidad de las personas de aportar su dinero de "excedente" o "exceso de gastos" a Medicaid. El fondo fiduciario de ingresos conjuntos, administrado por una agencia sin fines de lucro, recibe el ingreso excedente mensual de la persona y lo redistribuye en su nombre según lo indique la persona o su representante legal. Consulte con un abogado especializado en atención de personas mayores o con un administrador de atención geriátrica competente para obtener más información sobre la planificación de sus bienes y el fideicomiso para necesidades complementarias.

Para obtener más información, comuníquese con Evelyn Frank Legal Resources Program de NY Legal Assistance Group al 212-613-7310 o por correo electrónico a EFLRP@NYLAG.org.

¿Cómo funcionan Medicaid y Medicare juntos?

Es posible tener a la vez Medicare y Medicaid. Quienes tienen ambas coberturas a la vez se denominan “afiliados dobles”. Medicare es la cobertura principal y Medicaid, la secundaria. Además de pagar los requisitos de costo compartido de Medicare, como el deducible de la Parte A y la Parte B y un 20% de coseguro, Medicaid en Nueva York también ofrece beneficios como atención médica a domicilio y servicios odontológicos y oftalmológicos, que no están cubiertos en el programa de Medicare.

Like all Medicare beneficiaries, dual eligibles can choose how they receive their Medicare and Medicaid benefits. It is important to confirm coverage with any providers. Here are the different ways that dual eligibles can access their Medicare and Medicaid benefits:

- Original Medicare (red, white, and blue card) + fee for service Medicaid (NYS Benefits Card) + Medicare Part D Plan.
- Special Needs Plan specifically designed for dual eligibles - these are HMOs that provide all Medicare A + B + D benefits, as well as the full range of Medicaid covered services.
- Medicare Advantage Plan with Part D + fee-for-service Medicaid (NYS Benefits Card).

How does Medicaid interact with Medicare Part D?

Dual eligibles are automatically enrolled in full Extra Help (see page 41) and will be automatically enrolled in a Part D plan if they do not sign up for one on their own. As long as a dual eligible is enrolled in a Part D plan that is classified as a “benchmark” plan, he/she will pay no premium for Part D coverage. Dual eligibles with incomes under 100% of the Federal Poverty Level (FPL) will have co-pays of \$1.30 for generic/\$3.90 for brand name prescriptions in 2020. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of \$3.60 for generic/\$8.95 for brand name prescriptions.

Certain drugs, by law, are not covered by Part D, such as over-the-counter medications and vitamins. These will continue to be covered by Medicaid with a prescription.

Mandatory Medicaid Managed Long Term Care:

Applying for Medicaid for personal care services, home care services, or private duty nursing

Dual eligibles in need of Medicaid-covered personal care, home care, or private duty nursing services must first apply for Medicaid and receive Medicaid approval (with or without a Spenddown), and then follow the following steps:

1. Call New York Medicaid Choice at 855-222-8350 to request a CFEEC appointment. CFEEC, the Conflict Free Evaluation and Enrollment Center, evaluates the need for home care services for people newly in need of long term care services. CFEEC only determines WHETHER one needs home care. CFEEC does NOT determine the type of home care or the number of hours of care. If CFEEC determines that the client needs long term care services, defined as 120+ days of home care within a year, the client must enroll in a managed long-term care plan for at least their home care services.

Al igual que todos los beneficiarios de Medicare, los afiliados dobles pueden elegir el modo en que reciben sus beneficios de ambas coberturas. Es importante confirmar la cobertura con todos los prestadores. Estas son las diferentes formas en que los afiliados dobles pueden acceder a sus beneficios de Medicare y Medicaid:

- Medicare Original (tarjeta roja, blanca y azul) + plan Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York) + plan de la Parte D de Medicare.
- Plan para necesidades especiales pensado específicamente para afiliados dobles: son las HMO que ofrecen todos los beneficios de las Partes A, B y D de Medicare más todos los beneficios cubiertos de Medicaid.
- Plan de Medicare Advantage con Parte D + plan de Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York).

¿Cómo interacciona Medicaid con la Parte D de Medicare?

Los afiliados dobles se inscriben de manera automática en la Ayuda Extra completa (consulte la página 41), y se los inscribe automáticamente en un plan de la Parte D si no eligen uno por su cuenta. Siempre que un afiliado doble esté inscrito en un plan de la Parte D clasificado como plan “modelo”, no pagará prima por la cobertura de la Parte D. En 2020, los afiliados dobles con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) tendrán copagos de \$1.30 para medicamentos recetados genéricos y de \$3.90 para medicamentos recetados de marca en 2020. Quienes tengan ingresos por encima del 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$3.60 para medicamentos recetados genéricos y de \$8.95 para medicamentos recetados de marca.

Por ley, ciertos medicamentos no están cubiertos por la Parte D, por ejemplo, los medicamentos de venta libre y las vitaminas. Sin embargo, seguirán teniendo cobertura de Medicaid al presentar una receta.

Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid:

Solicitar Medicaid para servicios de cuidado personal, de atención a domicilio o enfermería privada

Los elegibles dobles que necesiten cobertura de Medicaid para cuidados personales, atención a domicilio o enfermería privada, primero deben solicitar Medicaid, recibir la aprobación (con o sin exceso de gastos) y luego seguir estos pasos:

1. Llame a New York Medicaid Choice al 855-222-8350 para solicitar una cita en el CFEEC. El Centro de Inscripción y Evaluación sin Conflictos (CFEEC, por sus siglas en inglés) evalúa la necesidad de recibir servicios de atención a domicilio en el caso de personas que acaban de contraer la necesidad de servicios de atención a largo plazo. El CFEEC solo determina SI una persona necesita atención a domicilio O NO. El CFEEC NO determina la clase de atención a domicilio ni la cantidad de horas de atención. Si el CFEEC determina que el cliente necesita servicios de atención médica a largo plazo (definida como más de 120 días de atención a domicilio en un año), el cliente deberá inscribirse en un plan de atención médica administrada al menos en lo que respecta a los servicios de atención a domicilio.

2. If you are approved for Medicaid covered long term care, you will be required to enroll in a Medicaid Managed Long Term Care plan. You will receive a packet in the mail from New York Medicaid Choice, telling you about your choices and how to enroll. You will have 60 days to enroll in a plan. If you don't select a plan for yourself, you will be automatically enrolled in a Managed Long Term Care plan (see first bullet below).

Since it is the managed long-term care plans that determine the type of care and the number of hours of care that they would provide, the client may want to meet with more than one plan to compare the type of care, and how many hours of care, the different plans would approve.

There are **three types** of managed long-term care plans from which to choose:

- **Managed Long Term Care (MLTC):** MLTC plans provide long term care services, as well as a few other services, such as home modifications, non-emergency medical transportation, podiatry, audiology, dental and optometry. This is the most flexible of the managed long-term care plan options, as you can maintain your current Medicare and Medicaid provider arrangements. MLTC enrollees will continue to use their current plan (i.e. your Medicare card, your Medicaid card, or your Medicare Advantage card) for all other Medicare and Medicaid services. Individuals who do not enroll in a managed long-term care plan on their own will be automatically enrolled into an MLTC plan.
- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** MAPlus plans provide ALL Medicaid AND Medicare services, including long-term care services, from the same plan and must use in-network providers.
- **Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):** PACE plans provide all Medicaid and Medicare services, including long-term care services. Members receive services from the same plan and must use in-network providers. The PACE plans differ from MAPlus plans in that enrollees must be at least 55 years old to join PACE and PACE plans provide service through a particular site, such as a medical clinic or a hospital.

For further information on the types of managed long-term care plans, visit:

- MLTC, MAP+ and PACE:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf
- Plan Directory:
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

2. Si se le aprueba la atención a largo plazo cubierta por Medicaid, se le solicitará que se inscriba en un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid. Usted recibirá un paquete por correo de New York Medicaid Choice con las opciones de que dispone e instrucciones para inscribirse. Tiene sesenta (60) días para inscribirse en un plan. Si usted no elige un plan, será inscrito automáticamente en un plan de atención administrada a largo plazo (consulte la primera viñeta a continuación).

Dado que los planes de atención administrada a largo plazo son los que determinan la clase y la cantidad de horas de atención médica que proporcionarán, el cliente podrá consultar a más de un plan para comparar la clase de atención y la cantidad de horas que aprobarían diferentes planes.

Existen **tres clases** de planes de atención administrada a largo plazo entre los que se puede elegir:

- **Plan de atención administrada a largo plazo (MLTC, por sus siglas en inglés):** los planes MLTC ofrecen servicios de atención a largo plazo y algunos otros servicios, por ejemplo, modificaciones en el hogar, transporte médico que no sea de emergencia, podología, audología, odontología y optometría. Esa es la opción de plan de atención administrada a largo plazo más flexible, ya que usted puede conservar sus condiciones actuales de prestadores de Medicare y Medicaid. Los afiliados a un plan de atención administrada a largo plazo continuarán utilizando su plan actual (es decir, su tarjeta de Medicare, su tarjeta de Medicaid o su tarjeta de Medicare Advantage) para todos los demás servicios de Medicare y Medicaid. Si una persona no se inscribe en un MLTC por su cuenta, se la inscribirá de manera automática en un plan de esta clase.
- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** los planes MAPlus ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención a largo plazo, del mismo plan y debe usar proveedores de la red.
- **Programas de atención integral para personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés):** Los planes PACE ofrecen todos los servicios de Medicare y Medicaid, incluso servicios de atención a largo plazo. Los afiliados reciben servicios del mismo plan y deberán utilizar prestadores de la red. Los planes de atención integral para personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés) difieren de los planes MAPlus en que los afiliados deberán tener al menos 55 años para inscribirse en los planes PACE y que estos planes ofrecen servicios a través de un sitio particular, como una clínica médica o un hospital.

Para obtener más información sobre las clases de planes de atención administrada a largo plazo, visite:

- MLTC, MAP+ y PACE:
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf
- Directorio del plan:
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

For Medicaid applicants with an **immediate need for home care services**, there is a procedure in place to obtain Medicaid approval within 7 days, and home care approval within 12 days. In addition to submitting the DOH-4220 application, Supplement A and supporting documentation, they must also submit an M11-Q form, signed by a doctor, stating their specific health care needs, as well as an attestation of immediate need for such care. If approved for immediate-need home care, the applicant will receive services paid directly by the NYC Medicaid program, and need not go through the CFEEC or enrollment in a managed care plan. However, after receiving these services for a few months, the individual will be required to switch to managed care to continue receiving them. Here is a link to the HRA Medicaid Alert describing the procedure: www.wnyc.com/health/afile/203/614/.

How will managed long term care work with a Medicaid Spenddown?

Many people have Medicaid with a spenddown to help them pay for Medicaid-covered home care services. These individuals pay their Medicaid spenddown to the health plan. If a member does not pay the spenddown, the plan can disenroll the member.

How do I select a plan?

1. Decide what type of plan would best suit your needs (MLTC, MAPlus, or PACE).
2. Ask your providers (home care agency, medical providers, etc.) what plans they participate in so that you can pick a plan that will allow you to continue seeing your providers. If you wish to enroll in a MAPlus or PACE plan, you also need to get your Part D drug coverage through that plan; the Planfinder at www.medicare.gov has the prescription drug information for these plans.
3. To enroll in the plan, call NY Medicaid Choice at 1-888-401-6582.

How will the plan determine how many hours of home care I will receive?

If you are in the process of selecting a plan, you can ask the plan to do an assessment so that you can have a written plan for the number of hours of home care you will receive if you enroll in that plan.

What if I want to switch managed long term care plans?

You can switch plans at any time, however this rule is expected to change. The new rule would bar people from changing plans for 9-months after the first 90-days in the plan. New York Medicaid Choice (Maximus) handles enrollment for Medicaid managed long-term care and can be reached at 1-888-401-6582.

Para quienes solicitan Medicaid con una **necesidad inmediata de recibir servicios de atención a domicilio**, existe un procedimiento para obtener la aprobación de Medicaid en siete (7) días y aprobación para atención a domicilio en doce (12) días. Además de presentar la solicitud DOH-4220, el complemento A y la documentación de respaldo, también deberán presentar un formulario M11-Q firmado por un médico que indique las necesidades específicas de atención médica y una certificación de que la necesidad de dicha atención es inmediata. Si se aprueba la necesidad inmediata de atención a domicilio, quienes lo solicitan recibirán servicios pagados directamente por el programa Medicaid de la ciudad de Nueva York, y no necesitarán recurrir al CFEEC ni inscribirse en un plan de atención administrada. Sin embargo, para seguir recibiendo estos servicios después de unos meses, deberán pasarse a la atención administrada. Es siguiente es un enlace a la Alerta de Medicaid de la HRA en el cual se describe este procedimiento: www.wnyc.com/health/afile/203/614/.

¿Cómo funciona la atención administrada a largo plazo junto con un programa de exceso de gastos de Medicaid?

Muchas personas tienen Medicaid con exceso de gastos para poder pagar los servicios de atención domiciliaria que cubre Medicaid. Estas personas pagan su exceso de gastos de Medicaid al plan de salud. Si un miembro no paga el exceso de gastos, el plan puede cancelar su afiliación.

¿Cómo elijo un plan?

1. Decida qué clase de plan se adecuaría mejor a sus necesidades (MLTC, MAPlus o PACE).
2. Consulte con sus prestadores (organización de atención a domicilio, prestadores médicos, etc.) en qué planes participan, para escoger un plan que le permita seguir acudiendo a ellos. Si desea inscribirse en un plan MAPlus o PACE, también debe recibir su cobertura para medicamentos de la Parte D a través de ese plan; el buscador de planes, en www.medicare.gov, incluye la información sobre medicamentos de venta bajo receta de estos planes.
3. Para inscribirse en el plan, llame a NY Medicaid Choice al 1-888-401-6582.

¿Cómo determinará el plan cuántas horas de atención domiciliaria recibiré?

Si se encuentra en el proceso de seleccionar un plan, puede pedirle al plan que realice una evaluación para tener un plan por escrito con el número de horas de atención a domicilio que recibirá si se inscribe en ese plan.

¿Qué sucede si deseo cambiar de plan administrado de atención a largo plazo?

Puede cambiar de plan en cualquier momento, sin embargo, se espera que esta regla cambie. La nueva regla prohibiría a las personas cambiar de planes durante 9 meses después de los primeros 90 días en el plan. New York Medicaid Choice (Maximus) gestiona la inscripción para la atención administrada a largo plazo; su número de contacto es 1-888-401-6582.

How can I get help with managed long term care plans?

The Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) is New York State's ombudsman program for people receiving long-term care services through Medicaid managed care, including MLTC, MAPlus, PACE, and mainstream Medicaid (with long-term care services). ICAN can be reached at 1-844-614-8800.

MEDICAID FOR INSTITUTIONAL CARE: Income and asset guidelines are stringent for institutional Medicaid. Generally speaking, for nursing home residents, most of one's income will go toward the cost of the nursing home, except for a small monthly "personal care" allowance, unless they are expected to return home. Rules are more flexible if there is a spouse still living in the home.

The nursing facility should help prepare and submit the application for Institutional Medicaid. In addition to the regular Community Medicaid application, one must provide asset documentation for the past 5 years. This 5-year "look-back period" allows Medicaid to identify uncompensated transfers made for purposes of becoming eligible for Medicaid.

Medicaid will impose a "transfer penalty" if any such transfers are found within the 5-year look-back period. The transfer penalty means that Medicaid will not pay for the nursing home stay for a period of time proportional to the amount of money transferred. In NYC in 2019, the total amount of money transferred will be divided by \$12,419 to determine the number of months of the penalty period. For example, if an applicant was found to have transferred \$124,190 to family members in the 5 years before the month of application, the penalty period would be 10 months long. That individual would have to find a way to private-pay for the nursing home stay for 10 months before Medicaid coverage would begin. There are certain exceptions to the transfer penalty; applicants should consult a lawyer for advice on these matters.

Community spouse protection: When one spouse enters a long-term care facility, the spouse remaining at home is protected from financial impoverishment due to covering the costs of care. Federal and New York State law mandate that the community spouse be allowed to retain the couple's home, car, personal belongings and a sum of money from their joint assets. In 2020 under Medicaid, the community spouse may retain a minimum of \$74,820 and a maximum of \$128,640 in assets and \$3,216 per month in income. However, when both spouses are in a home care situation, the Community Spouse Protection does not apply.

¿Cómo puedo obtener ayuda con los planes de atención administrados a largo plazo?

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) es el programa de defensoría del pueblo del Estado de Nueva York para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo a través de la atención administrada de Medicaid, incluidos MLTC, MAPlus, PACE y Medicaid convencional (con servicios de atención a largo plazo). Puede comunicarse con ICAN al 1-844-614-8800.

MEDICAID PARA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA INSTITUCIÓN: existen requisitos estrictos con respecto a los ingresos y los bienes para Medicaid de atención en una institución. Por lo general, para los residentes en un hogar de ancianos, la mayor parte de los ingresos se utilizará para cubrir el costo de la residencia para ancianos, salvo por una pequeña asignación mensual de "cuidados personales", a menos que se espere que regresen a su hogar. Las normas son más flexibles si hay un cónyuge que aún vive en el hogar.

Esta institución debe ayudar a preparar y presentar la solicitud para Institutional Medicaid (programa de Medicaid). Además de la solicitud regular de Community Medicaid, debe presentar documentación de sus bienes respecto de los últimos 5 años. Este período de revisión de cinco (5) años le permite a Medicaid identificar transferencias no compensadas hechas con el propósito de ser elegible para Medicaid.

Dicho programa impondrá una "multa de transferencia" si se encuentran transferencias de esa clase dentro del período de revisión de cinco (5) años. La multa de transferencia significa que Medicaid no pagará la estadía en la residencia para ancianos durante un tiempo proporcional a la suma de dinero transferida. En 2019, para la Ciudad de Nueva York el monto total de dinero transferido se dividirá por \$12,419 para determinar el número de meses del período de multa. Por ejemplo, si se encuentra que un solicitante transfirió \$124,190 a miembros de su familia en los cinco años anteriores al mes de la solicitud, el período de multa será de diez (10) meses. Esa persona deberá encontrar un modo de pagar por su cuenta su estadía en la residencia para ancianos durante diez (10) meses antes de que comience la cobertura de Medicaid. Existen algunas excepciones a la multa por transferencia; los solicitantes deberán consultar a un abogado para que los asesore al respecto.

Protección del cónyuge en la comunidad: cuando uno de los cónyuges ingresa a una residencia para ancianos para recibir atención prolongada, se protege al cónyuge que se queda en el hogar del empobrecimiento que pueda sufrir por cubrir los costos de la atención. Las leyes federales y del estado de Nueva York exigen que se le permita al cónyuge quedarse con la casa, el auto, los efectos personales y una suma de dinero de sus bienes conjuntos. En 2020, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de \$74,820 y un máximo de \$128,640 en bienes, y un ingreso mensual de \$3,216. Sin embargo, la protección del cónyuge (Community Spouse Protection) no se aplica cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria.

By law, states are required to impose estate recovery, which is a claim against the estate of the deceased person, including their home, for what Medicaid paid for the person's at-home or nursing home care. The claim process cannot begin until after the death of the surviving spouse or surviving minor child.

La ley les exige a los estados imponer una recuperación sobre el patrimonio, que es un reclamo sobre el patrimonio de la persona fallecida, incluida su vivienda, en concepto de lo que Medicaid pagó por la atención domiciliaria ofrecida o la atención proporcionada en una residencia de ancianos. Este derecho no puede exigirse hasta que hayan fallecido el cónyuge o hijo menor de edad supervivientes.

NY STATE OF HEALTH/HEALTH INSURANCE EXCHANGE

- **Medicaid for individuals under 65, not blind or disabled**
 - **Essential Plan**
 - **Qualified Health Plan**

The Health Insurance Exchange is an organized marketplace for purchasing health insurance. In New York State, the Exchange is known as New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. There are many health insurance options available through the Marketplace in New York City. Marketplace plans offer comprehensive health coverage, and have a cost sharing structure that can include premiums, deductibles, copayments, and maximum out-of-pocket costs. All plans that offer coverage through the Marketplace are HMOs, the most restrictive form of managed care. In New York City, you must select a plan that serves your borough of residence.

Under the Federal Affordable Care Act, you cannot be denied health insurance on the basis of a pre-existing condition, those with such conditions cannot be charged more for health insurance, and there cannot be waiting periods to receive care for pre-existing conditions. These rules apply to plans purchased either through the Marketplace or outside the Marketplace.

NY State of Health evaluates eligibility for the following types of health insurance:

- **Medicaid:** Income up to 138% FPL for those under 65, not blind or disabled. Can apply year-round. There is no resource limit.
- An **Essential Plan:** Income from 138-200% FPL for those under 65. Can apply year-round. There is no resource limit.
- A **“Qualified Health Plan”** (QHP), with or without a federal subsidy; there is no resource limit. Can apply only during the annual open enrollment period, unless you have a qualifying event.

How to apply for coverage through the Marketplace:

- Online at www.nystateofhealth.ny.gov.
- Receive free application assistance through a Navigator. Visit <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> for a listing of navigators in New York.
- Call the New York State of Health Customer Service Center at 1-855-355-5777.

NY STATE OF HEALTH/HEALTH INSURANCE EXCHANGE

- **Medicaid para personas menores de 65, que no sean ciegas ni discapacitadas**
 - **Plan Esencial**
 - **Plan Médico Calificado**

El Health Insurance Exchange es un mercado organizado para la contratación de seguros médicos. En el estado de Nueva York, el Exchange se conoce como New York State of Health: el mercado oficial de planes médicos (Marketplace). Existen muchas opciones de seguros médicos disponibles a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) en la Ciudad de Nueva York. Los planes del Mercado ofrecen cobertura médica integral y su estructura de costos compartidos puede incluir primas, deducibles, copagos y valores máximos de gastos de bolsillo. Todos los planes que ofrecen cobertura a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) son HMO, el modo más limitado de atención administrada. En la Ciudad de Nueva York, deberá seleccionar un plan que atienda en su distrito de residencia.

Según la Ley Federal de Atención Accesible, no le pueden negar la cobertura de seguro médico por una enfermedad preexistente. Está prohibido cobrarles más por un seguro médico a las personas con enfermedades preexistentes, y no puede haber períodos de espera para recibir atención para una enfermedad preexistente. Estas normas se aplican a los planes contratados tanto a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) como fuera de él.

NY State of Health evalúa si las personas pueden participar en los siguientes tipos de seguro médico:

- **Medicaid:** ingresos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza para las personas menores de 65 años que no son ciegas ni están discapacitadas. Se puede presentar la solicitud durante todo el año. No hay límites de recursos.
- **Plan Esencial:** ingresos del 138% al 200% del nivel federal de pobreza para las personas menores de 65 años. Se puede presentar la solicitud durante todo el año. No hay límites de recursos.
- **“Plan de Salud Calificado”** (QHP, por sus siglas en inglés), con o sin subsidios del estado federal; no hay límites de recursos. Se puede presentar solicitud solo durante el período de inscripción abierta, a menos que le ocurra un evento de vida que califica.

Cómo solicitar cobertura a través de mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*):

- Puede hacerse en línea en www.nystateofhealth.ny.gov.
- Reciba asistencia gratuita para presentar la solicitud mediante un “navegador” (*Navigator*). Visite <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> para obtener un listado de navegadores en Nueva York.
- Llame al Centro de Servicio al Cliente de New York State of Health al 1-855-355-5777.

NY State of Health will first evaluate you for **Medicaid** eligibility. If not eligible for Medicaid, you will be evaluated for an **Essential Plan**. If not eligible for an Essential Plan, you will be evaluated for a **Qualified Health Plan (QHP)**. Some people qualify for a federal subsidy to purchase a QHP. If you are not eligible for a subsidy, you can pay the full price for the plan. You must be a citizen or a legal permanent resident residing in New York to purchase a plan through the New York Marketplace.

How does other insurance interact with Marketplace plans?

- If you have Medicaid, you do not need to purchase other health insurance.
- If you have Medicare, you do not need to purchase health insurance through the Marketplace. People with Medicare generally CANNOT enroll in a Marketplace plan. Medicare beneficiaries cannot get a federal subsidy to purchase a plan.
- If you are receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) and are in the 24-month waiting period for Medicare coverage to begin, you may want to look into a Marketplace plan. When you become Medicare eligible, you can drop your Marketplace plan. You will need to decide how to get your Medicare benefits – either Original Medicare or a Medicare Advantage plan.

MEDICAID FOR PEOPLE UNDER 65, NOT BLIND OR DISABLED

Pregnant women, children up to age 18, parents/caretaker relatives, and childless adults ages 19-64 are evaluated for Medicaid eligibility under MAGI (Modified Adjusted Gross Income) budgeting. Those with incomes up to 138% FPL, estimated at \$1,467 monthly for individuals/\$1,982 for couples in 2020, may qualify for Medicaid. Children up to age 19 can qualify for Medicaid at higher income levels. There is no resource limit. Individuals will receive their Medicaid benefits through a managed care plan (HMO), which should be selected at the time of application. Medicaid recertification happens annually. You must respond to mailings in order to be evaluated for ongoing Medicaid benefits.

Individuals who are determined disabled, including those receiving Social Security Disability Insurance but not yet in receipt of Medicare, as well as individuals age 65 and over who are parents/caretaker relatives (even if receiving Medicare), may qualify for Medicaid at these MAGI levels.

NY State of Health determinará primero si usted cumple con los requisitos para **Medicaid**. Si estos requisitos no se cumplen, se evaluará si usted es elegible para un **Plan Esencial**. Si esto tampoco es posible, se evaluará si reúne los requisitos para un **Plan de Salud Calificado (QHP)**. Algunas personas reúnen los requisitos para un subsidio federal para comprar un QHP. Si usted no es elegible para recibir un subsidio, puede pagar el precio total del plan. Usted debe ser ciudadano o residente permanente legal de Nueva York para contratar un plan a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) de Nueva York.

¿Cómo interactúa otro seguro con los planes del Mercado?

- Si tiene Medicaid, no necesita contratar otro seguro médico.
- Si tiene Medicare, no necesita contratar un seguro médico a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Por lo general, las personas que tienen Medicare NO PUEDEN inscribirse en un plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Los beneficiarios de Medicare no pueden obtener un subsidio federal para contratar un plan.
- Si recibe el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) y se encuentra en el período de espera de veinticuatro (24) meses hasta que se inicie la cobertura de Medicare, tal vez le interese considerar un plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Cuando reúna los requisitos para Medicare, puede abandonar su plan del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*). Deberá decidir cómo obtener sus beneficios de Medicare, ya sea Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

MEDICAID PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS QUE NO SON CIEGAS NI ESTÁN DISCAPACITADAS

Las embarazadas, los menores de 18 años, sus padres o familiares encargados de su cuidado y los adultos sin hijos entre las edades de 19 y 64 años son evaluados para determinar si reúnen los requisitos para acceder a Medicaid según la determinación de su presupuesto de acuerdo con los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI, por sus siglas en inglés). Las personas con ingresos de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (estimado en \$1,467 mensuales para personas / \$1,982 para parejas en 2020) pueden reunir los requisitos para Medicaid. Los jóvenes de hasta 19 años pueden reunir los requisitos para Medicaid en niveles de ingresos más altos. No hay límites de recursos. Recibirán sus beneficios de Medicaid a través de un plan de atención administrada (HMO), que deberá seleccionarse en el momento de presentar la solicitud. La recertificación de Medicaid tiene lugar una vez al año. Es necesario responder a los envíos de correo para que se evalúe la continuidad de sus beneficios de Medicaid.

Las personas que han sido declaradas discapacitadas, incluidas las que reciben el seguro de discapacidad del Seguro Social pero aún no reciben Medicare, y las personas de 65 años y más que son padres/parientes cuidadores (incluso si reciben Medicare) pueden reunir los requisitos para Medicaid en estos niveles de MAGI.

What happens to my Medicaid through the Marketplace when I become Medicare eligible due to turning 65 or due to disability?

Individuals with Medicaid through the Marketplace cannot maintain Marketplace coverage when they turn 65 or get Medicare due to disability, though the transition process differs depending on whether you get Medicare due to age or disability. **Exception: Parents/Caretaker relatives of minor children are allowed to maintain Medicaid through the NY State of Health and also have Medicare.** All individuals who transition from Marketplace Medicaid to Medicare will automatically receive Extra Help for Part D (see page 41).

- **Medicare eligible at 65:** As one approaches 65, one's Medicaid case is transferred to the NYC Human Resources Administration (HRA). HRA will mail forms to be completed to assess whether the individual can remain on Medicaid at the lower, non-MAGI levels. Clients should respond to any HRA mailings if they wish to be assessed for ongoing Medicaid eligibility. HRA will give the individual approximately four months of Medicaid eligibility while the assessment takes place. During this time, clients can use their NYS Benefits Card and access fee-for-service Medicaid from any provider who accepts Medicaid.

Those collecting Social Security benefits will automatically be enrolled in Medicare at age 65. For those not collecting Social Security benefits at 65, it is recommended that they apply for Medicare during their 7-month Initial Enrollment Period (see page 5), since applying for Medicare is a condition of having Medicaid if over 65.

If ongoing Medicaid eligibility is denied, one may want to consider joining a Medicare Advantage plan or purchasing a Medigap policy if in Original Medicare. Individuals will have full Extra Help (see page 41) for the remainder of the calendar year, and NY State of Health will refund the Part B premiums for the period the individual continues to have Medicaid coverage.

If Medicaid eligibility is approved, the individual has a choice of how to receive their Medicare and Medicaid benefits (see page 54 for information on how Medicare and Medicaid work together).

¿Qué sucede con mi Medicaid a través del Mercado cuando reúno los requisitos para Medicare por haber alcanzado la edad de 65 años o por discapacidad?

Las personas con Medicaid a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) no pueden mantener la cobertura del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) cuando cumplen 65 años u obtienen Medicare debido a una discapacidad, aunque el proceso de transición difiere dependiendo de si obtiene Medicare debido a la edad o a la discapacidad. **Excepción: los padres o familiares encargados del cuidado de menores de edad tienen permitido conservar Medicaid mediante NY State of Health y tener Medicare al mismo tiempo.** Todas las personas que hacen la transición del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) Medicaid a Medicare recibirán automáticamente Ayuda Extra para la Parte D (consulte la página 41).

- **Elegibilidad para Medicare a los 65 años:** Una vez que alcanza la edad de 65 años, su caso de Medicaid es remitido a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de NYC. La HRA enviará por correo formularios para completar a fin de evaluar si las personas pueden permanecer en Medicaid con los niveles más bajos sin MAGI. Los clientes deberán responder a los envíos por correo de la HRA si desean que se evalúe la continuidad de su elegibilidad para la cobertura de Medicaid. La HRA proporcionará a la persona un período de elegibilidad para Medicaid de aproximadamente cuatro meses mientras se realiza la evaluación. Durante este tiempo, los clientes pueden utilizar sus tarjetas de beneficios del estado de Nueva York y acceder al plan de pago por servicios de Medicaid con cualquier prestador que acepte Medicaid.

Aquellas personas que reúnan los beneficios del Seguro Social serán inscritas automáticamente en Medicare al cumplir los 65 años de edad. Para aquellas personas que no reciban los beneficios del Seguro Social a los 65, se recomienda que soliciten Medicare durante su Período de inscripción inicial de 7 meses (consulte la página 5), ya que solicitar Medicare es una condición para tener Medicaid si tiene más de 65 años.

Si la elegibilidad en curso de Medicaid es denegada, puede considerar afiliarse a un plan Medicare Advantage o adquirir una póliza de Medigap si está en Medicare Original. Las personas contarán con Ayuda Extra completa (consulte la página 41) durante el resto del año calendario, y NY State of Health reintegrará las primas de la Parte B durante el período en que el individuo continúa teniendo cobertura de Medicaid.

Si se aprueba la elegibilidad de Medicaid, la persona tiene la opción de cómo recibir sus beneficios de Medicare y Medicaid (consulte la página 54 para obtener más información sobre cómo funcionan juntos Medicare y Medicaid).

- **Medicare eligible due to disability:** After receiving 24 months of Social Security Disability Insurance (SSDI) payments, individuals become Medicare eligible and are automatically sent a Medicare card. The individual will maintain Medicaid coverage through the end of their 12-month Medicaid authorization period; they will still have Medicaid through the Marketplace, but will use their Medicaid card to access health services, not their HMO plan card. Medicare is their primary health insurer, and Medicaid is their secondary insurance. As their 12-month authorization period comes to an end, the Medicaid case gets transferred from NY State of Health to HRA. HRA will mail forms to evaluate for ongoing Medicaid eligibility. It is advised that the client enroll in a Part D plan that best covers his/her medications; if the client does not select a plan, he/she will automatically be enrolled in a plan.

THE ESSENTIAL PLAN

The **Essential Plan** is for people under age 65 with monthly incomes between 138-200% FPL, estimated at \$1,467-\$2,127 for individuals/\$1,982-\$2,873 for a household of two in 2020. Those in the Essential Plan can select a Basic Health Program in which to enroll, and will pay either \$0 or \$20 in monthly premiums. Essential Plan coverage includes inpatient and outpatient care, physician services, diagnostic services and prescription drugs among others. Preventive care such as routine office visits and recommended screenings are free.

Enrollment in the Essential Plan takes place year round.

- Those with incomes 138-150% FPL (monthly incomes estimated at \$1,467-\$1,595 for individuals/\$1,982-\$2,155 for a household of two in 2020) pay \$0 premium, \$0 deductible, and minimal copays for services, with an annual maximum out-of-pocket cost of \$200.
- Those with incomes 150-200% FPL (monthly incomes estimated at \$1,595-\$2,126 for individuals/\$2,155-\$2,873 for a household of two in 2020) pay \$20/month for coverage, \$0 deductible, and low copays, with an annual maximum out-of-pocket cost of \$2,000.

Essential Plan Enrollees who become Medicare eligible are no longer eligible for the Essential Plan. They will receive a notice from NY State of Health stating that their enrollment is ending. These individuals should enroll in Medicare A, B and D during their 7-month Initial Enrollment Period (see page 5) and may want to consider supplemental insurance coverage.

- **Elegibilidad para Medicare por discapacidad:** después de que una persona recibe pagos del seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI) durante veinticuatro (24) meses, esa persona es elegible para Medicare y recibe de manera automática una tarjeta de Medicare. El individuo mantendrá la cobertura de Medicaid hasta el final de su período de autorización de Medicaid de 12 meses; seguirá teniendo Medicaid a través del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*), pero usará su tarjeta de Medicaid para acceder a los servicios de salud, no su tarjeta del plan HMO. Medicare es la principal aseguradora médica, y Medicaid es la secundaria. A medida que finaliza su período de autorización de 12 meses, el caso de Medicaid se transfiere de NY State of Health a la HRA. La HRA enviará formularios por correo para evaluar la continuidad de la elegibilidad a Medicaid. Se recomienda que los clientes se inscriban en un plan de la Parte D que mejor cubra sus medicamentos. Si no se selecciona un plan, el cliente será inscrito de manera automática en uno de ellos.

PLAN ESENCIAL

El **Plan Esencial** es para personas menores de 65 años con ingresos mensuales de entre el 138-200% del nivel federal de pobreza, que se estima entre \$1,467-\$2,127 al mes para una persona/\$1,982-\$2,873 al mes para un hogar de dos personas en 2020. Quienes se encuentran en el Plan Esencial pueden seleccionar un Programa médico básico en el cual inscribirse, y pagarán \$0 o \$20 en primas mensuales. La cobertura del Plan Esencial incluye atención hospitalaria y ambulatoria, servicios de médico y de diagnóstico y medicamentos recetados, entre otros beneficios. La atención de prevención como consultas de rutina y estudios por imágenes recomendados son gratuitos.

La inscripción a este plan se realiza durante todo el año.

- Las personas con ingresos entre el 138-150% del nivel federal de pobreza (ingresos mensuales estimados en \$1,467-\$1,595 al mes por persona; \$1,982-\$2,155 al mes para un hogar de dos personas en 2020) pagan \$0 de prima, \$0 de deducible y copagos mínimos por los servicios, con un máximo anual de gastos de bolsillo de \$200.
- Las personas con ingresos entre el 150-200% del nivel federal de pobreza (ingresos mensuales estimados en \$1,595-\$2,126 al mes por persona; \$2,155-\$2,873 al mes para un hogar de dos personas en 2020) pagan \$20 por mes por cobertura, deducible de \$0 y copagos bajos, con un costo máximo anual de bolsillo de \$2,000.

Las personas inscritas en un Plan Esencial que resultan elegibles para Medicare dejan de reunir los requisitos para la cobertura del Plan Esencial. Recibirán una notificación de NY State of Health que les indicará que su inscripción está finalizando. Estas personas deberán inscribirse en la Parte A, B y D de Medicare durante su período de inscripción inicial de siete meses (consulte la página 5), y tal vez les convenga la cobertura de seguro complementaria.

QUALIFIED HEALTH PLANS

Qualified Health Plans are available for anyone to purchase; those with annual incomes less than 400% of the Federal Poverty Level (estimated at \$51,040 for individuals and \$104,800 for a family of four in 2020), may be eligible for a Federal subsidy in the form of a tax credit to help pay for the cost of a plan.

Plans are divided into **four “metal” tiers** – bronze, silver, gold, and platinum. The metal tiers have different cost-sharing (deductibles, co-pays) requirements; Bronze plans have lower monthly premiums and higher cost-sharing requirements; Platinum plans have higher monthly premiums and lower cost-sharing requirements.

When can I enroll in a Qualified Health Plan?

Open enrollment for the Marketplace takes place annually, usually from November 1 through January 31. After January 31, you will need to wait for the next annual open enrollment period to enroll. There are certain exceptions that allow you to enroll mid-year, including losing current health insurance coverage.

There are several ways to learn more about Marketplace plans:

- Reach out to a “Navigator.” Navigators are organizations in your community that can help you select and enroll in a plan. To find a navigator near you, go to <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> or call the Community Health Advocates at 1-888-614-5400.
- Contact New York State of Health, operated by Maximus, at 1-855-355-5777, Monday-Friday, 8 am–5 pm.
- Visit nystateofhealth.ny.gov.

People with a QHP (Marketplace plan) who become eligible for Medicare are generally advised to enroll in Medicare when first eligible and drop their QHP by notifying their plan at least 14 days before they want their coverage to end (timed to the start of their Medicare benefits). This is because:

- One cannot continue to get any premium subsidy or cost sharing reduction (to help pay for the QHP premium) after becoming Medicare eligible.
- Having a QHP does not extend their time to enroll in Medicare. Late enrollment could mean a gap in coverage and a late enrollment penalty.

Beneficiaries are responsible for enrolling in Medicare A, B and D during their Initial Enrollment Period (see page 5 for more information) and for dropping QHP coverage.

PLANES MÉDICOS CALIFICADOS

Los **Planes Médicos Calificados** están disponibles para todos aquellos que los compren. Las personas con ingresos anuales inferiores al 400% del nivel federal de pobreza (\$51,040 para una persona, y \$104,800 para una familia de cuatro integrantes en 2020), podrán ser elegibles para Medicaid o un subsidio federal en forma de crédito fiscal para ayudar a pagar el costo de un plan.

Los planes se dividen en **cuatro niveles de “metal”**: bronce, plata, oro y platino. Cada nivel tiene diferentes requisitos de costos compartidos (deducibles y copagos). Los planes Bronce tienen primas mensuales más bajas y requisitos de costos compartidos más altos, y los planes Platino tienen las primas mensuales más altas y requisitos de costos compartidos más bajos.

¿Cuándo puedo inscribirme en un Plan Médico Calificado?

La **inscripción abierta** al mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*) tiene lugar anualmente, en general, del 1 de noviembre al 31 de enero. Después del 31 de enero, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta anual para inscribirse. Existen ciertas excepciones que le permiten inscribirse a mitad de año, entre las que se incluye la pérdida de su cobertura de seguro médico actual.

Existen diversos modos de informarse sobre los planes del mercado oficial de planes médicos (*Marketplace*):

- Consulte con un “navegador”. Los navegadores son organizaciones en su comunidad que pueden asistirlo en la selección de un plan y durante la inscripción. Para encontrar un navegador cercano a su domicilio, visite <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> o llame a Community Health Advocates al 1-888-614-5400.
- Comuníquese con New York State of Health, operado por Maximus, al 1-855-355-5777, de lunes a viernes, entre las 8 a.m. y las 5 p.m.
- Visite nystateofhealth.ny.gov.

A las personas con un Plan Médico Calificado (QHP, por sus siglas en inglés) (plan de Marketplace) que reúnan los requisitos para Medicare, se les aconseja que se inscriban en Medicare en la primera oportunidad que resulten elegibles y den de baja su QHP enviando notificación a su plan al menos catorce (14) días antes de la fecha en que deseen que finalice la cobertura (que coincida con el inicio de sus beneficios de Medicare). Esto se debe a lo siguiente:

- Uno no puede seguir obteniendo un subsidio de prima o una reducción de costos compartidos (para ayudar a pagar la prima del QHP) luego de reunir los requisitos para Medicare.
- Tener un QHP no extiende el tiempo disponible para inscribirse en Medicare. La inscripción tardía puede significar una brecha en la cobertura y una multa por inscripción tardía.

Los beneficiarios son responsables de inscribirse en la Parte A, B y D de Medicare durante el período de inscripción inicial (consulte la página 5 para obtener más información) y dar de baja su cobertura de QHP.

People who may want to carefully consider QHP versus Medicare are those who:

- Do not qualify for Premium Free Part A. They may get a premium subsidy or cost sharing reduction for QHP coverage, but only if they don't enroll in Part A or B. Should they wish to enroll in Medicare at a later time, they would have a delay, as well as a late enrollment penalty, for both Medicare A and B.
- Are under age 65 and have End Stage Renal Disease.

A las siguientes personas les conviene comparar con atención el QHP con Medicare:

- Quienes no reúnan los requisitos para la Parte A sin prima. Podrán obtener un subsidio de prima o una reducción de costos compartidos para la cobertura del QHP, pero solo si no se inscriben en la Parte A o B. Si desearan inscribirse en Medicare posteriormente, tendrían una demora y también una multa por inscripción tardía, ya sea para Medicare A o B.
- Las personas menores de 65 años que padecen una enfermedad renal en etapa terminal.

VETERANS' BENEFITS AND TRICARE FOR LIFE

To receive health care at facilities operated by the Department of Veterans Affairs (VA), veterans must be enrolled with the VA. Veterans can apply for coverage at any time. The number of Veterans who can be enrolled in health care program is determined by the amount of money Congress gives the VA each year. Since funds are limited, VA set up Priority Group (1-8), based on service history and financial information, to make sure certain groups of Veterans are able to be enrolled before others.

Enrolled Veterans do not need to submit their income information. However, certain Veterans will be asked to complete a financial assessment to determine their eligibility for free medical care, medications and/or travel benefits.

Effective 2015, VA eliminated the use of net worth as a determining factor for both health care programs and copayment responsibilities. VA now only considers a Veteran's gross household income and deductible expenses from the previous year. Elimination of the consideration of net worth for VA health care enrollment means that certain lower-income, non-service-connected Veterans will have less out-of-pocket costs. To learn more about VA national income thresholds and to calculate your specific geographic-based means test (GMT), visit www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Veterans not eligible for free care are responsible for a co-payment.

Types of Copayments:

1. **Medication:** Copayments are broken down into three tiers with different cost-sharing: Tier 1, preferred generics - \$5; Tier 2, non-preferred generics - \$8; and Tier 3, brand name medications - \$11. All charges are for up to a 30-day supply of maintenance medications provided on an outpatient basis for non-service-connected conditions for Veterans in Priority Group 2 through 8, with an annual copayment cap of \$700, unless otherwise exempted.
2. **Outpatient:** Copayments for primary care visits are \$15 and \$50 for specialty care visits.
3. **Inpatient:** In addition to a standard copay charge for each 90 days of care within 365 day period regardless of the level of service, a per diem (daily) charge will be assessed for each day of hospitalization

BENEFICIOS PARA VETERANOS Y TRICARE FOR LIFE

Para recibir atención médica en establecimientos administrados por el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), los veteranos deben estar inscritos ante VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. La cantidad de dinero que el Congreso otorga a VA cada año determina la cantidad de Veteranos que pueden inscribirse en un programa de atención médica. Como los fondos son limitados, VA establece un Grupo de Prioridad (1 a 8), basado en su historial de servicio e información financiera, para asegurarse de que determinados grupos de veteranos puedan afiliarse antes que otros.

Los veteranos inscritos no necesitan presentar información sobre sus ingresos. Sin embargo, algunos de ellos deberán completar una evaluación financiera para determinar si son elegibles para recibir atención médica, medicamentos o beneficios de viaje gratuitos.

A partir de 2015, VA eliminó el uso del patrimonio neto como factor determinante tanto para programas de atención médica como para responsabilidades de copago. Esta entidad ahora considera solo el ingreso bruto del hogar y los gastos deducibles del veterano del año anterior. Eliminar la consideración del patrimonio neto para la inscripción en atención médica significa que ciertos veteranos de bajos ingresos con afecciones que no están relacionadas con el servicio tendrán menos gastos de bolsillo. Para obtener más información sobre límites de ingresos nacionales del VA y para calcular su evaluación sobre medios económicos basada en la ubicación geográfica (GMT) específica, visite www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Los veteranos que no reúnen los requisitos para recibir atención gratuita deben pagar un copago.

Tipos de copagos:

1. **Medicamentos:** Los copagos se dividen en tres niveles con diferentes costos compartidos: Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos: \$5; Nivel 2, medicamentos genéricos no preferidos: \$8; y Nivel 3, medicamentos de marca: \$11. Todos los cargos son por un suministro de 30 días de medicamentos de mantenimiento que se proporcionan en forma ambulatoria para afecciones no relacionadas con el servicio a veteranos que pertenecen a los Grupos de Prioridad 2 a 8, con un límite de copago anual de \$700, a menos que estén exentos por algún motivo.
2. **Pacientes ambulatorios:** el copago para las consultas con el médico de cabecera es de \$15, y de \$50 para consultas con especialistas.
3. **Pacientes internados:** además del cargo de un copago estándar por cada 90 días de atención dentro del período de 365 días, sin importar el nivel de servicio, se evaluará el cobro de una tarifa diaria por día de hospitalización.

4. **Long Term Care:** VA charges for Long Term Care Services vary by type of service provided and the individual veterans' ability to pay. They are based on three levels of care. Inpatient (Nursing Home, Respite, and Geriatric Evaluation); Outpatient (Adult Day Health Care, Respite, Geriatric Evaluation); and Domiciliary.

VA cannot bill Medicare, so veterans with Medicare-only who are responsible for the co-pay for medical care will receive the appropriate charge for services. However, if there is a supplemental policy, the VA will bill the carrier first.

In some circumstances, the VA may pre-authorize services in a non-VA hospital or other care setting. Veterans may need to pay a VA copayment for non-service-connected care. If not all services are authorized to be covered by the VA, then Medicare may pay for other services you may need during your stay.

VA Dental Insurance Program (VADIP)

VA currently provides comprehensive dental benefits to certain eligible veterans. However, there are many veterans who have not been able to access VA dental services due to lack of eligibility. The VA has partnered with two dental insurers, whereby veterans enrolled in the VA health care program and CHAMPVA program beneficiaries can purchase dental insurance. The dental plans have monthly premiums and copayments. For more information, go to www.va.gov/healthbenefits/vadip/ or call Delta Dental at 1-855-370-3303 or MetLife at 1-888-310-1681.

How do VA benefits interact with Medicare Part A and Part B?

Medicare Part A and Part B work independent from the VA health system. For this reason, those eligible for Medicare may want to enroll to have use hospitals and providers outside of the VA health care system. If you don't enroll in Medicare when first eligible, and you are not eligible for a Special Enrollment Period, you may be responsible for a Part B late enrollment penalty.

How Does VA Drug Coverage Interact with Medicare Part D?

VA coverage for prescription drugs is considered creditable, meaning it is as good as, or better than, Medicare Part D. It is possible to have both a Part D plan as well as VA drug coverage. If one chooses to forego Part D and then later wishes to enroll in Part D, there will be no penalty for late enrollment. However, one will need to wait until the annual open enrollment period (October 15 – December 7) to enroll in a plan, with coverage starting on January 1, unless the individual qualifies for a special enrollment period.

4. **Atención a largo plazo:** los cargos del VA para la atención prolongada varían según el tipo de servicio ofrecido y la capacidad individual del veterano de pagar dichos servicios. Se basan en tres niveles de atención. Atención hospitalaria (residencia para ancianos, relevo y evaluación geriátrica); atención ambulatoria (atención médica diurna para adultos, relevo, evaluación geriátrica) y atención domiciliaria.

El VA no puede facturarle a Medicare; por lo tanto, los veteranos que tienen Medicare únicamente y que deben pagar los copagos por la atención médica recibirán los cargos correspondientes por los servicios. No obstante, en el caso que haya una póliza suplementaria, el VA facturará primero a la aseguradora.

En algunas circunstancias, el VA puede autorizar previamente los servicios en un hospital u otro entorno de atención que no sea del VA. Es posible que los veteranos deban pagar un copago de VA por atención no relacionada con el servicio. Si no están autorizados todos los servicios para ser cubiertos por el VA, entonces Medicare puede pagar otros servicios que pueda necesitar durante su estadía.

Programa de seguro de atención odontológica del VA (VADIP, por sus siglas en inglés)

Actualmente el Departamento de Veteranos ofrece beneficios odontológicos a algunos veteranos elegibles. No obstante, hay muchos veteranos que no han podido acceder a los servicios odontológicos del VA por no cumplir los requisitos de elegibilidad. El VA se ha asociado con dos proveedores de seguro odontológico, por lo cual los veteranos inscritos en el programa de atención médica del VA y los beneficiarios del programa CHAMPVA pueden contratar un seguro de atención odontológica. Los planes odontológicos tienen primas mensuales y copagos. Para obtener más información, visite www.va.gov/healthbenefits/vadip/ o llame a Delta Dental al 1-855-370-3303, o MetLife al 1-888-310-1681.

¿Cómo interactúan los beneficios de VA con la Parte A y la Parte B de Medicare?

La Parte A y la Parte B de Medicare funcionan independientemente del sistema de salud de VA. Por esta razón, las personas elegibles para Medicare pueden querer inscribirse para usar hospitales y proveedores fuera del sistema de atención médica de VA. Si no se inscribe en Medicare cuando es elegible por primera vez y no es elegible para un Período especial de inscripción, puede ser responsable de una multa por inscripción tardía en la Parte B.

¿En qué forma interactúa la cobertura de medicamentos de VA con la Parte D de Medicare?

La cobertura de medicamentos recetados de VA se considera acreditable, lo que significa que es tan buena como la Parte D de Medicare, o mejor. Es posible tener un plan de la parte D de Medicare y la cobertura para medicamentos del VA. Si la persona elige renunciar a la Parte D y, luego, decide inscribirse en la Parte D, no se le aplicará una multa por inscripción tardía. Sin embargo, se deberá esperar hasta el período de inscripción abierta anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para afiliarse a un plan, con cobertura a partir del 1 de enero, a menos que la persona cumpla con los requisitos del período de inscripción especial.

TRICARE Health Benefits provides coverage to active duty service members and their families, families of service members who died while on active duty, former spouses, and retirees and their families, whether or not the veteran is disabled, and National Guards/Reservist members. Military retirees (and their spouses) having served at least 20 years who are 65 years or older and are currently enrolled in Medicare Parts A and B are eligible for TRICARE for Life (TFL). TFL is a premium-free managed health care plan that acts as a supplement to Medicare and includes the TRICARE Express Script Pharmacy program. TRICARE Express Scripts does not cover beneficiaries with a primary commercial pharmacy insurance or Medicare Part D coverage. TFL can be used at the VA but since the VA cannot bill Medicare, the patient is responsible for paying Medicare's portion of the bill. For more information on TRICARE for Life call 1-866-773-0404 or visit www.tricare.mil. An additional benefit of TRICARE is their dental benefit. TRICARE dental benefits consist of: TRICARE Active Duty Dental Program (ADDP) for Active Duty Service Members who are referred by a military dental clinic (MDC) or who lives more than 50 miles from a MDC, the TRICARE Dental Program (TDP) for ADSM's families, National Guard/Reservist and their family members and the TRICARE Retiree Dental Program (TRDP) is for retired SM's and families.

Civilian Health and Medical Program (CHAMPVA) is a health insurance program for dependents of 100% permanently and totally disabled veterans with a service-connected disability. CHAMPVA has an annual deductible of \$50 per person or \$100 per family per calendar year. In addition, there is a 25% co-insurance. CHAMPVA does not maintain a provider listing. Most Medicare and TRICARE providers will also accept CHAMPVA (but be sure to ask the provider). If eligible for TRICARE, one cannot be enrolled in CHAMPVA. For more information on CHAMPVA, you can call the VA at 1-800-733-8387 or visit www.va.gov

For more information on health VA benefits, call 1-877-222-8387 (open 7am to 7pm Central Time) or visit www.va.gov.

TRICARE Health Benefits ofrece cobertura a miembros en servicio activo y sus familias, familiares de miembros que murieron mientras estaban en servicio activo, ex cónyuges, retirados y sus familias, se encuentre el veterano discapacitado o no, y miembros de la Guardia Nacional o Reservistas. Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante, al menos, 20 años y que tengan 65 años o más y estén actualmente inscritos en las Partes A y B de Medicare, reúnen los requisitos para TRICARE for Life (TFL). TFL es un plan administrado de atención médica sin primas, que actúa como complemento de Medicare e incluye el programa TRICARE Express Script Pharmacy. TRICARE Express Scripts no cubre a beneficiarios con cobertura de seguro principal farmacéutica comercial ni con cobertura de la Parte D de Medicare. Puede usarse TFL en la VA, pero como esta entidad no puede facturar a Medicare, el paciente es responsable de pagar la parte de la factura correspondiente a Medicare. Para obtener más información sobre TRICARE for Life, llame al 1-866-773-0404 o visite www.tricare.mil. Un beneficio extra de TRICARE es su beneficio odontológico. Los beneficios odontológicos de TRICARE consisten en lo siguiente: El Programa Odontológico para Militares en Servicio Activo (ADDP, por sus siglas en inglés) de TRICARE para integrantes en actividad de las Fuerzas Armadas que son derivados por una clínica odontológica militar (MDC, por sus siglas en inglés) o que viven a más de 50 millas de una MDC; el Programa Odontológico de TRICARE (TRICARE Dental Program, TDP) para familias de integrantes en actividad de las Fuerzas Armadas, reservistas o miembros de la Guardia Nacional y sus familiares; y el Programa Odontológico para Jubilados de TRICARE (Retiree Dental Program, TRDP) para integrantes de las Fuerzas Armadas y sus familias.

El Programa médico y de salud para civiles (CHAMPVA, por sus siglas en inglés) es un programa de seguro de salud para dependientes a cargo de veteranos con discapacidad del 100%, total y permanente, que esté relacionada con el servicio. El CHAMPVA tiene un deducible anual de \$50 por persona o de \$100 por familia por año calendario. Además, hay un coseguro del 25%. CHAMPVA no cuenta con una lista de proveedores. La mayoría de los proveedores de Medicare y TRICARE también aceptan CHAMPVA (pero asegúrese de preguntarle al proveedor). Si cumple los requisitos para TRICARE, no puede inscribirse en el CHAMPVA. Para obtener más información sobre el CHAMPVA, puede llamar al VA al 1-800-733-8387 o visitar www.va.gov.

Para obtener más información sobre los beneficios del VA, llame al 1-877-222-8387 (horario de atención: de 7 a.m. a 7 p.m., hora del Centro) o visite www.va.gov.

OTHER HEALTH COVERAGE OPTIONS FOR NEW YORKERS

COBRA

Federal law requires employers with 20 or more employees to offer COBRA as “continuation coverage” of employer-based health care coverage after you leave your job. In New York State, most people can get COBRA coverage for up to 36 months. COBRA can bridge the gap until you go on Medicare or take a new job that offers health insurance. You can qualify for coverage if you retire, leave your job, get laid off, have your work hours cut, or as a result of the death or divorce from your actively working spouse. Election of continued coverage must take place within 60 days of the notification of COBRA rights. Premiums for COBRA are 102% of what the employer and employee together pay for the plan. Your spouse and dependents are also entitled to benefit from your COBRA coverage.

If you are on COBRA before you become Medicare eligible, COBRA generally stops when Medicare starts. If you are already eligible for Medicare and still working, you may elect COBRA when you stop working. If you have both Medicare and COBRA, Medicare is primary and COBRA is secondary. COBRA coverage does not allow someone to delay enrollment in Part B without penalty.

HHC Options

HHC Options is a program through the NYC Health + Hospitals that allows low and moderate income individuals and families to access health care through HHC’s network of hospitals and health facilities on a sliding fee scale. There is no charge to participate in HHC Options; you only pay when you access care. HHC does not look at immigration status when determining eligibility. For more information, visit <http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> or call 1-844-NYC-4NYC.

OTRAS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA PARA LOS NEOYORQUINOS

COBRA

La ley federal exige a los empleadores con 20 o más empleados ofrecer COBRA como "continuación de cobertura" de atención de la salud a cargo del empleador después de que deje su trabajo. En el estado de Nueva York, la mayoría de las personas pueden obtener la cobertura de COBRA por un período máximo de 36 meses. COBRA puede cubrir la diferencia hasta que ingrese en Medicare o consiga un nuevo empleo que ofrezca cobertura de seguro médico. Puede calificar para la cobertura si se jubila, deja su trabajo, lo despiden, le reducen la carga horaria o por fallecimiento o divorcio del cónyuge trabajador activo. La elección de la continuación de la cobertura debe realizarse dentro de los 60 días de haber recibido la notificación de los derechos amparados por COBRA. Las primas de COBRA son del 102% del monto que el empleador y el empleado pagaban en forma conjunta por el plan. Su cónyuge y sus dependientes también tiene derecho a beneficiarse mediante su cobertura en virtud de COBRA.

Si tiene cobertura de COBRA antes de reunir los requisitos para Medicare, dicha cobertura caducará en cuanto Medicare entre en vigencia. Si ya reúne los requisitos para Medicare y sigue trabajando, puede elegir COBRA cuando deje de trabajar. Si usted tiene cobertura de Medicare y de COBRA, Medicare es el seguro primario y COBRA es el secundario. La cobertura COBRA no permite que alguien demore la inscripción en la Parte B sin penalidad.

HHC Options

HHC Options es un programa ofrecido por Health + Hospitals (HHC, por sus siglas en inglés) de la Ciudad de Nueva York que permite que personas y familias con ingresos bajos y moderados tengan acceso a la atención de la salud a través de la red de hospitales y establecimientos de salud de HHC con tarifas escalonadas. No se aplica ningún cargo por afiliarse a HHC Options; usted solo paga cuando usa los servicios de atención. HHC no evalúa la condición respecto de la inmigración para determinar la elegibilidad. Para obtener más información, visite <http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> o llame al 1-844-NYC-4NYC.

Federally Qualified Health Centers

Federally Qualified Health Centers (FQHC) are comprehensive health centers that can provide primary care (both well and sick visits), mental health and substance abuse treatment, dental care and prescription drugs to people of all ages. While FQHCs accept health insurance, they also see patients with no insurance on a sliding-fee scale, whereby patients pay according to their income. For Medicare beneficiaries, FQHCs can waive the annual Part B deductible and the 20% co-insurance if eligible. To locate a FQHC, visit <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

Health Insurance & Self Employment

Some professions offer group rate insurance. Please inquire with your former employer and/or any professional associate memberships to which you belong. Here are a few resources to explore whether or not group plans may be available to you.

Small Business Service Bureau	Small business employee	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild	Graphic Artists	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
National Writers Union	Writers	1-212-254-0279 www.nwu.org
Screen Actors Guild	Performers	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer’s Union	Financial Services Nonprofits Technology Media & Advertising Arts, Culture or Entertainment Domestic Child Care Giver Traditional or Alternative Health Care Provider Skilled Computer User	www.freelancersunion.org

Centros de salud financiados con fondos federales

Los Centros de salud financiados con fondos federales (Federally Qualified Health Centers, FQHC) son centros médicos integrales que ofrecen asistencia primaria (citas por enfermedad y preventivas), salud mental y tratamiento por abuso de sustancias, asistencia odontológica, y medicamentos de venta con receta a personas de todas las edades. Si bien los FQHC aceptan seguros médicos, también atienden a pacientes sin seguro en una escala variable de tarifas, por la cual los pacientes pagan según sus ingresos. Para los beneficiarios de Medicare, los FQHC pueden anular el deducible anual de la Parte B y el coseguro del 20% si se reúnen las condiciones. Para localizar un FQHC, visite <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

Seguro de salud y trabajo autónomo

Algunas profesiones ofrecen seguros con tarifa colectiva. Averigüe preguntando a su antiguo empleador o a las asociaciones profesionales a las que pertenezca. A continuación se muestran algunos recursos para averiguar si hay planes colectivos disponibles para usted.

Small Business Service Bureau	Empleado en pequeñas empresas	1-800-343-0939 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild (gremio de artistas gráficos)	Artistas gráficos	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
National Writers Union (sindicato nacional de escritores)	Escritores	1-212-254-027 www.nwu.org
Screen Actors Guild (gremio de actores de la pantalla)	Actores	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer’s Union (sindicato de trabajadores independientes)	Servicios financieros Organizaciones sin fines de lucro Tecnología, Medios y Publicidad, Cultura o Entretenimiento Niños Proveedor de atención médica tradicional o alternativa Usuario avanzado de computación	www.freelancersunion.org

ADVANCE DIRECTIVES

Your Right to Make Health Care Decisions Under the Law

You have the right to make your own health care decisions, including the right to decide what medical care or treatment to accept, reject or discontinue. If you do not want to receive certain types of treatments, you should make these wishes known to your doctor, hospital or other health care providers. You have the right to be told the full nature of your illness, including proposed treatments, any alternative treatments, and the risks of these procedures.

You need to speak with your spouse, family members, close friends and your doctor to help you decide whether you want an advance directive. Discuss with them, in advance, what your personal directions for your care would be.

An advance directive is a document that states your choices about medical treatment. In New York, there are three kinds of advance directives:

1. A Health Care Proxy allows you to appoint another person to make medical decisions for you should you become unable to make those decisions yourself. The "agent" you select needs to be clear about your wishes for treatment, be available if sudden choices need to be discussed, and agree to accept the responsibility if the situation arises. Typically, your doctor or hospital staff cannot be your "agent."
2. A Living Will allows you to explain your health care wishes and can be used to specify wishes regarding life-sustaining treatments or procedures administered to you if you are in a terminal condition or a permanent unconscious state. The document must be signed, dated and witnessed (but not by your doctor or a close relative).
3. A Do Not Resuscitate (DNR) Order allows you to specify that you do not want CPR should your heart or breathing stop.

Advance directives should be available in an emergency. Do not put them in a safe deposit box. Give a copy to each of your doctors and to the family member who might be your "agent." A copy is as good as an original. These forms are available at hospitals, doctor's offices and from state offices at www.ag.ny.gov. The forms are free and do not require a lawyer to complete.

Under the Family Health Care Decisions Act, family members or a close friend can act as surrogate to make health care decisions, including withholding or withdrawal of life sustaining treatments on behalf of patients who have lost their ability to make such decisions and have not prepared advance directives regarding their wishes. Even with this new law, New Yorkers are encouraged to prepare a health care proxy which allows the person you appoint, called your "health care agent" to make health care decisions for an individual who loses the capacity to express those choices. Your agent must be aware of your wishes about nourishment and water through feeding tubes and IV lines.

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Su derecho a tomar decisiones de atención médica según las leyes

Usted tiene derecho a tomar sus propias decisiones respecto de la atención médica, incluido el derecho de decidir qué tratamiento o atención médica aceptar, rechazar o discontinuar. Si no desea recibir ciertos tipos de tratamientos, debe hacer conocer sus deseos a su médico, hospital u otros proveedores de asistencia médica. Usted tiene el derecho de conocer la naturaleza completa de su enfermedad, incluidos los tratamientos propuestos, los tratamientos alternativos y los riesgos de estos procedimientos.

Debe hablar con su cónyuge, miembros de la familia, amigos cercanos y su médico para que lo ayuden a decidir si desea directivas anticipadas. Analice con ellos, en forma anticipada, cuáles serán las instrucciones personales para su cuidado.

Una directiva anticipada es un documento que especifica sus elecciones respecto del tratamiento médico. En Nueva York existen tres tipos de directivas anticipadas:

1. Un poder para atención médica le permite designar a otra persona para tomar las decisiones médicas por usted en caso de que usted ya no pueda tomarlas. El "apoderado" que usted elige debe saber claramente cuáles son sus deseos respecto del tratamiento, debe estar disponible en caso que sea necesario discutir elecciones repentinas y debe aceptar la responsabilidad en caso de que surja la necesidad. Por lo general, su médico o el personal del hospital no pueden ser su "apoderado".
2. Un testamento en vida le permite explicar sus deseos en materia de atención médica y puede usarse para especificar sus deseos respecto de tratamientos o procedimientos de soporte vital administrados si usted está en estado terminal o permanentemente inconsciente. Este documento debe estar firmado, fechado y suscrito por testigos (pero no por su médico o un pariente cercano).
3. Una Orden de no reanimar (DNR) le permite especificar que no quiere reanimación cardiopulmonar (CPR) si su corazón deja de latir o si deja de respirar.

Las directivas anticipadas deben estar disponibles en caso de emergencia. No las guarde en una caja de seguridad. Entregue una copia a cada uno de sus médicos y al familiar que pudiera actuar como su "apoderado". Las copias son tan válidas como el original. Estos formularios están disponibles en los hospitales, el consultorio del médico y en el sitio web de las oficinas estatales, www.ag.ny.gov. Los formularios son gratuitos, y no es necesario que intervenga un abogado para llenarlos.

En virtud de la nueva Ley sobre Decisiones Familiares sobre Atención Médica (Family Health Care Decisions Act), los familiares directos o un amigo cercano pueden actuar como representantes para tomar decisiones médicas, que incluyen la decisión respecto del mantenimiento o retiro de los tratamientos de soporte vital, en el caso de que el paciente haya perdido la capacidad de tomar ese tipo de decisiones y no haya preparado directivas anticipadas para expresar sus deseos. Incluso con la aprobación de esta nueva ley, es aconsejable que los ciudadanos de Nueva York preparen un poder de atención médica que le permita a la persona designada, denominada "representante de atención médica", tomar decisiones respecto de la atención médica, en nombre de una persona que haya perdido la capacidad de expresar sus decisiones. Su representante debe conocer sus deseos respecto de la alimentación e hidratación por sonda y vías intravenosas.

MEDICARE 2020

Part A: Hospital Insurance

Deductible	\$1,408 per benefit period
Co-Payment	\$352 per day for days 61-90 of each benefit period
	\$704 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-Pay	\$176 per day for days 21-100 of each benefit period

Part B: Medical Insurance

Monthly Premium	Most Medicare beneficiaries pay the standard premium of \$144.60, except for: - Those whose Social Security Cost of Living Adjustment (COLA) didn't increase enough to raise their Part B premiums to the \$144.60 level. - Higher income (over \$87,000 single/174,000 married) beneficiaries will pay higher amounts.
Annual Deductible	\$198
Co-Insurance	20% for most services

Some people 65 or older do not meet the SSA requirements for **premium-free Hospital Insurance (Part A)**. If you are in this category, you can get Part A by paying a monthly premium. This is called "premium hospital insurance." In 2020, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium is \$458 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium is \$252 per month.

Medicare Savings Program (2020 estimate)

	Monthly	
	Individual	Couple
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles and co- insurance for those who are automatically eligible for Part A.	\$1,083	\$1,457
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	\$1,296	\$1,744
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	\$1,456	\$1,960

*You can also apply for QMB if you earn less than the above ranges but are not interested in applying for Medicaid.

MEDICARE 2020

Parte A: Seguro de atención hospitalaria

Deducible	\$1,408 por periodo de beneficios
Copago	\$352 por día para los días 61-90 de cada período de beneficios
	\$704 por día por cada "día de reserva de por vida"
Copago para instituciones de enfermería especializada	\$176 por día para los días 21-100 de cada período de beneficios

Parte B: Seguro médico

Prima mensual	La mayoría de los beneficiarios de Medicare pagan la prima estándar de \$144.60, a excepción de: - Aquellas personas cuyo ajuste por costo de vida (COLA) no aumentó lo suficiente como para aumentar sus primas de la Parte B hasta el nivel de \$144.60. - Los que tengan ingresos superiores (más de \$87,000 solteros, 174,000 casados) pagarán montos más altos.
Deducible anual:	\$198
Coseguro:	20% para la mayoría de los servicios

Algunas personas de 65 años o más no cumplen con los requisitos de SSA para **el seguro hospitalario libre de prima (Parte A)**. Si se encuentra dentro de esta categoría, puede obtener la Parte A pagando una prima mensual. Esto se llama "seguro hospitalario con prima". En 2020, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A es de \$458 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A es de \$252 por mes.

Programa de ahorros de Medicare (estimado para 2020)

	Límite de ingresos mensuales	
	Individual	Pareja
QMB: Beneficiario de Medicare calificado El estado de NY paga primas, deducibles y coseguros para quienes automáticamente reúnan los requisitos para la Parte A.	\$1,083	\$1,457
SLMB: niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,296	\$1,744
QI: Personas que reúnen los requisitos El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,456	\$1,960

*Puede también solicitar el QMB en caso de que gane menos de los rangos descritos anteriormente, pero no esté interesado en solicitar Medicaid.

MEDICAID 2020

Standard Medicaid

Maximum Income and Asset Levels* for those who are blind, disabled or age 65 and over:

	Monthly Income	Assets
Individual	\$875	\$15,750
Couple	\$1,284	\$23,100

*The first \$20 of income is exempt. Above figures are prior to the \$20 disregard. You are permitted a burial fund allowance of \$1,500 per person.

Nursing Home-Based Medicaid

INCOME: When a nursing home resident qualifies for Medicaid support, all income goes to the nursing home except for \$50 monthly allowance for the resident’s personal needs.

ASSETS: All personal assets must be used up first to meet costs (excluding: primary residence, automobile and personal possessions).

MARRIED COUPLES: When one spouse in a married couple qualifies for Medicaid support in a nursing home, the community spouse (the one remaining at home) is entitled to retain some income and resources belonging to the couple while Medicaid pays towards the residential spousal care.

The community spouse is allowed to retain the following:

Resources: \$74,820 minimum; \$128,640 maximum **Income:** \$3,216 monthly

For more information on Medicaid, call HRA’s Medicaid Helpline at 1-888-692-6116.

MEDICAID 2020

Medicaid estándar

Niveles máximos de ingresos y bienes* para personas ciegas, discapacitadas o mayores de 65 años:

	Ingreso mensual	Bienes
Individual	\$875	\$15,750
Pareja	\$1,284	\$23,100

*Los primeros \$20 de ingreso están exentos. Las cifras antes mencionadas son previas a los \$20 no considerados. Tiene permitido un estipendio de \$1,500 por persona en un fondo destinado al entierro.

Medicaid en residencias para ancianos

INGRESOS: cuando un residente de una residencia para ancianos califica para recibir la manutención de Medicaid, todos sus ingresos van a la institución, excepto \$50 mensuales de pago para las necesidades personales del residente.

BIENES: todos los bienes personales deben usarse en su totalidad en primer lugar para hacer frente a los gastos (excluida la residencia principal, el automóvil y los bienes personales).

PAREJAS CASADAS: cuando uno de los cónyuges reúne los requisitos para permanecer en una residencia para ancianos, el cónyuge en la comunidad (el que se queda en el hogar) tiene derecho a retener ciertos ingresos y recursos que pertenecen a la pareja mientras que Medicaid paga por la atención del cónyuge en la residencia.

Se permite que el cónyuge en la comunidad conserve lo siguiente:

Recursos: \$74,820 mínimo; \$128,640 máximo **Ingresos:** \$3,216 mensuales

Para más información sobre Medicaid, llame a la Línea de atención de Medicaid de HRA, 1-888-692-6116.

Medicaid Offices in New York City

Medicaid applicants can call the Medicaid Helpline at 1-888-692-6116 to find the nearest Medicaid office, office hours and directions. New York City residents can apply at any office in the five boroughs. Office hours are Monday-Friday, from 9 am – 5 pm.

Citywide Medicaid Office:

- Central Medicaid Office, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-929-221-3502

Manhattan

- Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, 1st Floor, Room 1D-27 (97th Street & 2nd Ave. entrance). (212) 423-7006
- Chinatown Medicaid Office: 115 Chrystie Street, 5 floor. (212) 334-6114
- Manhattanville Medicaid Office: 520-530 West 135th Street, 1st floor. (212) 939-0207/0208

Bronx

- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, 1st Floor, Room 1A 05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Basement. (718) 960-2799
- Rider Medicaid Office: 305 Rider Avenue, 4th Floor. (718) 585-7872

Brooklyn

- Coney Island Medicaid Office: 3050 West 21st Street, 3rd Floor. (929) 221-3790
- East New York Medicaid Office: 404 Pine Street, 2nd floor. 718-221-8204
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, "T" Building, Nurses Residence, 1st Floor. (718) 221-2300/2391
- Brooklyn South Medicaid Office (Central Medicaid Office): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (929) 221-3502

Queens

- Queens Community Medicaid Office: 32-20 Northern Blvd., 3rd Floor. (718) 784-6729
- Jamaica Community Medicaid Office: 165-08 88th Avenue, 8th Floor. (718) 252-3193

Staten Island

- Staten Island Medicaid Office: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Oficinas de Medicaid en la Ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden llamar a la Línea de atención de Medicaid al 1-888-692-6116 para encontrar la oficina de Medicaid más próxima, averiguar el horario de atención y cómo llegar. Los residentes de la Ciudad de Nueva York pueden solicitar la cobertura en cualquiera de las oficinas de los cinco condados. El horario de atención es de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

Oficina Central de Medicaid:

- Central Medicaid Office, 785 Atlantic Avenue, Brooklyn, NY 11238 1-929-221-3502

Manhattan

- Metropolitan Hospital: 1901 First Avenue, 1º piso, Oficina 1D-27 (entrada por la calle 97 y 2da Avenida). (212) 423-7006
- Oficina de Medicaid en Chinatown: 115 Chrystie Street, 5º piso. (212) 334-6114
- Oficina de Medicaid de Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1º piso. (212) 939-0207/0208

Bronx

- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, 1º piso, habitación 1A 05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, sótano. (718) 960-2799
- Oficina de Medicaid Rider: 305 Rider Avenue, 4º piso. (718) 585-7872

Brooklyn

- Oficina de Medicaid en Coney Island: 3050 West 21st Street, 3º piso. (929) 221-3790
- Oficina de Medicaid en East New York: 404 Pine Street, 2º piso. 718-221-8204
- Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, Edificio "T", Residencia de enfermería, 1º piso. (718) 221-2300/2391
- Oficina de Medicaid del Sur de Brooklyn (Oficina Central de Medicaid): 785 Atlantic Avenue, 1º piso. (929) 221-3502

Queens

- Oficina de Medicaid de la comunidad de Queens: 32-20 Northern Blvd., 3º piso. (718) 784-6729
- Oficina de Medicaid de la comunidad de Jamaica: 165-08 88th Avenue, 8º piso. (718) 252-3193

Staten Island

- Oficina de Medicaid en Staten Island: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Medicare Part B and Part D Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) for Higher Income Medicare Beneficiaries in 2020

2018 Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Part D (Prescription Drug) Monthly Premium
Individuals with a MAGI of \$87,000 or less / Married couples with a MAGI of \$174,000 or less	2020 Standard Premium = \$144.60	Your Plan Premium
Individuals with a MAGI \$87,000-\$109,000/ Married couples with a MAGI \$174,000-\$218,000	\$202.40	Your Plan Premium + \$12.20
Individuals with a MAGI \$109,000-\$136,000/ Married couples with a MAGI \$218,000-\$272,000	\$289.20	Your Plan Premium + \$31.50
Individuals with a MAGI \$136,000-\$163,000/ Married couples with a MAGI \$272,000-\$326,000	\$376.00	Your Plan Premium + \$50.70
Individuals with a MAGI \$163,000-\$500,000/ Married couples with a MAGI \$326,000-\$750,00	\$462.70	Your Plan Premium + \$70.00
Individuals with a MAGI greater than \$500,000 / Married couples with a MAGI greater than \$750,000	\$491.60	Your Plan Premium \$76.40
Married filing separately with a MAGI less than \$87,000	\$144.60	Your plan premium
Married filing separately with a MAGI \$87,000-\$413,000	\$462.70	Your Plan Premium + \$70.00
Married filing separately with a MAGI \$413,000 and greater	\$491.60	Your Plan Premium \$76.40

Monto de ajuste mensual de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D y la Parte B para Beneficiarios de Medicare con ingresos más altos en 2020

Ingresos modificados 2018 Ingresos brutos (MAGI)	Prima mensual de la Parte B	Parte D (medicamentos recetados) Prima mensual
Personas con MAGI de \$87,000 o menos / Matrimonio con MAGI de \$174,000 o menos	Estándar de 2020 Prima = \$144.60	La prima de su plan
Personas con MAGI desde \$87,000 hasta \$109,000/ Matrimonio con MAGI desde \$174,000 hasta \$218,000	\$202.40	La prima de su plan +\$12.20
Personas con MAGI desde \$109,000 hasta \$136,000/ Matrimonio con MAGI desde \$218,000 hasta \$272,000	\$289.20	La prima de su plan +\$31.50
Personas con MAGI desde \$136,000 hasta \$163,000/ Matrimonio con MAGI desde \$272,000 hasta \$326,000	\$376.00	La prima de su plan +\$50.70
Personas con MAGI desde \$163,000 hasta \$500,000/ Matrimonio con MAGI desde \$326,000 hasta \$750,00	\$462.70	La prima de su plan +\$70.00
Personas con MAGI superiores a \$500,000 / Matrimonios con MAGI superiores a \$750,000	\$491.60	La prima de su plan \$76.40
Matrimonio que presenta por separado con un MAGI menor a \$87,000	\$144.60	La prima de su plan
Matrimonio que presenta por separado con un MAGI entre \$87,000 y \$413,000	\$462.70	La prima de su plan +\$70.00
Matrimonio que presenta por separado con un MAGI igual o superior a \$413,000	\$491.60	La prima de su plan \$76.40

- The Part B Premium, as well as IRMAA for Part B and Part D are deducted from one's Social Security benefit (or billed, if not collecting Social Security benefits).
- The Part D surcharge is deducted from one's Social Security check (or billed, if not collecting Social Security benefits), even if one pays the premium directly to the plan.

- La Prima de la Parte B, así como IRMAA para la Parte B y la Parte D, se deducen del beneficio de Seguro Social (o se facturan, si no recibe beneficios del Seguro Social).
- El recargo de la Parte D se deduce del cheque del Seguro Social (o se factura, si no recibe beneficios del Seguro Social), incluso si paga la prima directamente al plan.

Helpful Health Insurance Definitions

Brand Name Drug	A drug that has a trade name and is protected by a patent. It can be produced and sold only by the company holding the patent.
Co-insurance	An amount that you must pay for medical care. It is a percentage of the total cost of care.
Co-payment	A fixed dollar amount that you pay for a medical service.
Creditable Coverage	Prescription drug coverage that is as good as, or better than, a basic Medicare Part D drug plan.
Deductible	An amount that you must pay each year before an insurance policy starts paying.
Dual eligible	Someone with both Medicare and Medicaid.
Federal Poverty Level (FPL)	A measure of income issued every year by the federal government. The amounts are used to determine eligibility for certain programs and benefits.
Formulary	A list of drugs covered by a prescription drug plan.
Generic Drug	A drug that has the same active ingredient formula as a brand name drug. Generic drugs usually cost less than brand name drugs.
Income-Related Monthly Adjustment Amounts (IRMAA)	People with higher incomes are required to pay higher premiums for Medicare Part B and Part D.
Pre-existing Condition	A health problem that existed before the date your insurance coverage became effective.
Premium	The amount that you pay for having an insurance policy. You pay the premium regardless of whether you use any health services.
Prior Authorization	Approval which must be obtained beforehand in order for an insurance company to cover a medication or service.
Quantity Limits	When Part D drug plans limit the amount of a prescription medication that they will cover in a certain period of time due to safety and/or cost reasons.
Step Therapy	A restriction used by a Part D drug plan, requiring you to first try one drug before covering another drug for that condition.

Definiciones útiles de términos del seguro médico

Medicamento de marca	Medicamento que tiene un nombre comercial y está protegido por una patente. Solo puede producirlo y comercializarlo la empresa titular de la patente.
Coseguro	Monto que deberá pagar para obtener atención médica. Es un porcentaje del costo total de la atención.
Copago	Monto fijo en dólares que paga por un servicio médico.
Cobertura acreditable	Cobertura de medicamentos recetados que tiene el mismo nivel, o que es mejor, que un plan básico de medicamentos de la Parte D de Medicare.
Deducible	Monto que deberá pagar cada año antes de que la póliza de seguro empiece a cubrir sus gastos.
Afiliado doble	Persona que tiene a la vez Medicare y Medicaid.
Nivel federal de pobreza (FPL)	Medición de los ingresos que emite todos los años el gobierno federal. Estas sumas se utilizan para determinar si las personas son elegibles para determinados programas y beneficios.
Lista de medicamentos cubiertos	Lista de medicamentos cubiertos por un plan de medicamentos recetados.
Medicamento genérico	Medicamento que tiene la misma fórmula de componentes activos que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca.
Monto de ajuste de Medicare por ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés)	Las personas con ingresos más elevados deben pagar primas más altas para las Partes B y D de Medicare.
Enfermedad preexistente	Problema de salud que ya existía antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura de seguro.
Prima	La cantidad que paga por tener una póliza de seguro. Se paga independientemente de si utiliza o no los servicios médicos.
Autorización previa	Aprobación que deberá obtenerse con antelación para que una compañía aseguradora cubra un medicamento o servicio.
Límites de dosis	Situación en la cual los planes de medicamentos de la Parte D limitan la cantidad que cubren de un medicamento recetado durante cierto período debido a razones de seguridad o costos.
Terapia escalonada	Una restricción que utiliza un plan de medicamentos de la Parte D, que le exige que primero pruebe con un medicamento antes de cubrirle otro medicamento para esa misma afección.

Resources for Assistance Paying for Prescription Medications
(Each program can have their own eligibility requirements. Please call or check the website for additional qualifying information and how to apply.)

ADAP (AIDS Drug Assistance Program) - Provides free medications for the treatment of HIV/AIDS and opportunistic infections. ADAP can help people with partial insurance, including Medicare Part D, and those who have a Medicaid spenddown requirement. Call (800) 542-2437 or visit www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm for more information.

Benefits Check Up – Helps people locate benefits and services available to them. www.benefitscheckup.org

BigAppleRx Prescription Drug Discount Card – This is a free NYC-sponsored discount card. Anyone can get the card, regardless of age, income, citizenship and health insurance status. The discount can be applied to both brand and generic medications. IDNYC cards can offer the same discount as the BigAppleRx card. Visit www.BigAppleRx.com or call 1-888-454-5602 for more information.

CancerCare Co-Payment Assistance Foundation – Helps eligible individuals with co-payment assistance for chemotherapy and targeted treatment drugs. www.cancercarecopay.org or 1-866-552-6729.

Good Days (formerly Chronic Disease Fund) – Helps people with certain chronic diseases to pay their insurance copays. For more information, and a list of qualifying diseases and medications, visit www.mygooddays.org or call 1-877-968-7233.

GoodRx – GoodRx allows you to compare the cost of drugs at different pharmacies. It also allows you to print coupons. Visit GoodRx.com for more information.

HealthWell Foundation - Provides financial assistance to eligible individuals to cover coinsurance, copayments, health care premiums and deductibles for certain medications and therapies. Healthwellfoundation.org or 1-800-675-8416.

Leukemia and Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program – Helps pay for insurance premiums (both private and Medicare-related premiums) and co-pays. <https://www.lls.org/support/information-specialists> or 1-800-955-4572.

Medicine Assistance Tool - Helps people access free or low-cost prescription medications. Also provides links for programs that assist with paying co-payments. www.medicineassistancetool.org.

Recursos para la asistencia de pago de medicamentos recetados
(Cada programa puede tener sus propios requisitos de admisión. Llame o visite la página web para obtener más información acerca de los requisitos de calificación y sobre cómo enviar una solicitud).

ADAP (Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA): proporciona medicamentos gratuitos para el tratamiento del VIH/sida e infecciones oportunistas. ADAP puede ayudar a las personas con seguro parcial, incluida la Parte D de Medicare, y a quienes tienen un requisito de responsabilidad económica en Medicaid. Llame al (800) 542-2437 o visite www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm para obtener más información.

Benefits Check Up: ayuda a las personas a encontrar los beneficios y servicios a su disposición. www.benefitscheckup.org

Tarjeta de descuento para medicamentos recetados BigAppleRx: esta es una tarjeta de descuento gratuita financiada por la Ciudad de Nueva York. Cualquiera puede obtener la tarjeta, independientemente de su edad, ingresos, ciudadanía y estado de seguro de salud. El descuento se puede aplicar tanto a medicamentos de marca como genéricos. Las tarjetas IDNYC pueden ofrecer el mismo descuento que la tarjeta BigAppleRx. Visite www.BigAppleRx.com o llame al 1-888-454-5602 para obtener más información.

Fundación de asistencia para copagos CancerCare: ayuda a las personas elegibles con asistencia para los copagos de quimioterapia y medicamentos de tratamientos dirigidos. Visite www.cancercarecopay.org o llame al 1-866-552-6729.

Good Days (anteriormente Chronic Disease Fund): ayuda a las personas que padecen determinadas enfermedades crónicas a pagar sus copagos de seguro. Para más información, y una lista de las enfermedades y medicamentos que califican, visite www.mygooddays.org o llame al 1-877-968-7233.

GoodRx: le permite comparar el costo de los medicamentos en diferentes farmacias. También le permite imprimir cupones. Visite GoodRx.com para obtener más información.

Fundación HealthWell: proporciona asistencia financiera a las personas elegibles para cubrir coseguro, copagos, primas de atención médica y deducibles para determinados medicamentos y tratamientos. Visite Healthwellfoundation.org o llame al 1-800-675-8416.

Programa de asistencia para copagos de la Sociedad de lucha contra la leucemia y el linfoma: ayuda a pagar las primas de seguro (las primas privadas y asociadas a Medicare) y los copagos. Visite <https://www.lls.org/support/information-specialists> o llame al 1-800-955-4572.

Herramienta de Asistencia para medicamentos recetados: ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados de forma gratuita o a un bajo costo. También proporciona enlaces para programas que ayudan a pagar los copagos. www.medicineassistancetool.org.

National Association of Boards of Pharmacies (NABP) – Allows you to search for internet pharmacies that are certified as safe distributors. www.nabp.net

National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund – May assist eligible individuals with the cost of bone marrow or cord blood transplant if insurance does not cover the full cost. www.bethematch.org or 1-888-999-6743.

National Organization for Rare Disorders (NORD) – Helps uninsured or underinsured individuals with certain health conditions to access needed medications. www.rarediseases.org or 1-800-999-6673

NeedyMeds.org – Provides information on medications and patient programs explaining how to apply to each one. www.needymeds.org or 1-800-503-6897.

Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief Program – Helps eligible individuals with certain diagnoses to pay copayments for prescription medications. www.copays.org or 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (PSI) – May be able to assist people with certain chronic conditions by offering assistance with paying health insurance premiums and copayments/co-insurance, as well as costs related to travel. www.patientservicesinc.org or 1-800-366-7741.

RX Hope – Apply for discounted and free medications directly through this website. www.rxhope.com

Other Internet Resources

Department of Labor - Information on COBRA, Black Lung, etc. – www.DOL.gov

Dental Plan Comparison – www.dentalplans.com

Health and Human Services Administration – www.hhs.gov

HealthFinder.gov – Access information specific to different health conditions

Families USA – Information on health care policy – www.familiesusa.org

Kaiser Family Foundation - Information on health care policy – www.kff.org

Asociación Nacional de las Juntas de Farmacias (NABP, por sus siglas en inglés): le permite buscar farmacias en Internet que estén certificadas como distribuidores garantizados. www.nabp.net

Programa nacional de asistencia al paciente de médula ósea y fondo de ayuda financiera: podría asistir a personas elegibles con los costos del trasplante de médula o de sangre del cordón umbilical si el seguro no cubre la totalidad de los costos. Visite www.bethematch.org o llame al 1-888-999-6743.

Organización nacional de trastornos raros (NORD, por sus siglas en Inglés): ayuda a las personas no aseguradas o con seguro insuficiente con determinados problemas de salud para que puedan acceder a los medicamentos que necesitan. Visite www.rarediseases.org o llame al 1-800-999-6673

NeedyMeds.com: proporciona información sobre medicamentos y programas para pacientes y explica cómo postularse a cada uno de ellos. Visite www.needymeds.org o llame al 1-800-503-6897.

Programa de alivio de copago de la Fundación defensora del paciente: ayuda a las personas elegibles con determinados diagnósticos a pagar sus copagos de medicamentos recetados. Visite www.copays.org o llame al 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (PSI): podría ayudar a personas con determinadas enfermedades crónicas, ofreciendo asistencia mediante el pago de las primas del seguro de salud y copagos/coseguro, así como los costos relacionados a los viajes. Visite www.patientservicesinc.org o llame al 1-800-366-7741.

RX Hope: presente una solicitud para obtener medicamentos gratuitos y con descuento de forma directa a través del sitio web. www.rxhope.com

Otros recursos en Internet

Departamento de Trabajo: información sobre COBRA, antracosis, etc: www.DOL.gov

Comparación de planes: www.dentalplans.com

Administración de Salud y Servicios Humanos: www.hhs.gov

HealthFinder.gov: acceso a la información específica sobre distintas enfermedades

Families USA: información sobre pólizas de atención de la salud: www.familiesusa.org

Kaiser Family Network: información sobre pólizas de atención médica: www.kff.org

RESOURCES

HIICAP Helpline – Call NYC Department for the Aging’s Aging Connect and ask for HIICAP	1-212-244-6469
www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	
Aging Connect – for services offered by the NYC Department for the Aging.....	1-212-244-6469
www.nyc.gov/aging	
Access-A-Ride.....	1-877-337-2017
http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	
Advocacy, Counseling and Entitlement Services Project (ACES).....	1-212-614-5552
Attorney General Bureau of Consumer Fraud and Protection.....	1-800-771-7755
www.ag.ny.gov	
BigAppleRx Discount Card.....	1-888-454-5602
www.BigAppleRx.com	TTY:1-800-662-1220
Center for the Independence of the Disabled in New York.....	1-212-674-2300 or
www.cidny.org	1-646-442-1520
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).....	1-800-MEDICARE
www.cms.gov	
Columbia University College Of Dental Medicine's Teaching Clinic.....	1-212-305-6100
www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	
Community Health Advocates.....	1-888-614-5400
www.communityhealthadvocates.org	
Eldercare Locator.....	1-800-677-1116
www.eldercare.gov	
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC).....	1-800-332-3742
www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	
HEAR NOW (provides hearing aids to people with limited resources)....	1-800-328-8602
https://www.starkeyhearingfoundation.org/	
Health Information Tool for Empowerment (resource directory of free and low cost health and social services).....	1-866-370-4483
www.HiteSite.org	
Health and Hospitals Corporation (HHC Options).....	1-844-NYC-4NYC
http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options/	
HRA Info Line – for all HRA programs, including Food Stamps, Public Assistance and Medicaid.....	1-718-557-1399
HRA Medicaid Helpline.....	1-888-692-6116

RECURSOS

Línea de atención de HIICAP : llame al departamento para personas mayores, Aging Connect, de la Ciudad de Nueva York y pida por HIICAP	1-212-244-6469
www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	
Aging Connect : para servicios proporcionados por el Departamento para personas mayores de la ciudad de Nueva York.....	1-212-244-6469
www.nyc.gov/aging	
Access-A-Ride	1-877-337-2017
http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	
Proyecto de servicios de defensa de derechos, asesoramiento y derecho a prestaciones (ACES, por sus siglas en inglés)	1-212-614-5552
Procuraduría de fraude y protección a los consumidores.....	1-800-771-7755
www.ag.ny.gov	
Tarjeta de descuentos BigAppleRx	1-888-454-5602
www.BigAppleRx.com	TTY:1-800-662-1220
Centros para la autonomía de los discapacitados en Nueva York	1-212-674-2300 o
www.cidny.org	1-646-442-1520
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)	1-800-MEDICARE
www.cms.gov	
Columbia University College Of Dental Medicine's Teaching Clinic (Clínica de Enseñanza de la Facultad de Odontología, Universidad de Columbia)	1-212-305-6100
www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	
Community Health Advocates	1-888-614-5400
www.communityhealthadvocates.org	
Localizador de cuidados para personas mayores	1-800-677-1116
www.eldercare.gov	
Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC)	1-800-332-3742
www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	
HEAR NOW (entrega prótesis auditivas a personas con recursos limitados)	1-800-328-8602
https://www.starkeyhearingfoundation.org/	
Health Information Tool for Empowerment (directorio de recursos de servicios de salud y sociales gratuitos y de bajo costo)	1-866-370-4483
www.HiteSite.org	
Health and Hospitals Corporation (HHC Options)	1-844-NYC-4NYC
http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options/	
Línea de información de HRA: para todos los programas de HRA, incluidas las estampillas para alimentos, asistencia pública y Medicaid	1-718-557-1399
Línea de atención de Medicaid de la HRA	1-888-692-6116

Hospice Foundation of America..... www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
ICAN - Independent Consumer Advocacy Network – Medicaid managed long term care ombudsman.....	1-844-614-8800
LawHelp.org (to search for legal services, including pro bono) Legal Services NYC..... www.legalservicesnyc.org	1-917-661-4500
Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program (administered by Humana).....	1-800-783-1307
Livanta, LLC - Quality Improvement Organization to appeal hospital discharge and make quality of care complaints).....	1-866-815-5440
Medicaid facilitated enrollers for Aged, Blind and Disabled (can also help with Medicare Savings Program Applications).....	1-347-396-4705
Medicaid Fraud Control Unit (NY Attorney General).....	1-800-771-7755
Medicare Fraud Hotline (Office of the Inspector General, DHHS).....	1-800-447-8477
Medicare Hotline.....	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center..... www.medicarerights.org	1-800-333-4114
National Council on Aging: www.ncoa.org	
National Health Information Center: www.health.gov/nhic	
New York Connects (long term care services and support; they will make home visits)..... Bronx (Neighborhood SHOPP): 1-347-862-5200 Brooklyn (JASA): 1-718-671-6200 Manhattan (NY Foundation for Senior Citizens): 1-212-962-2720 Queens (Selfhelp Community Services): 1-718-559-4400 Staten Island (CASC):1-718-489-3954	1-800-342-9871
New York Legal Assistance Group’s (NYLAG) Evelyn Frank Legal Resources Program..... EFLRP@NYLAG.org.	1-212-613-7310
New York State of Health (Marketplace Plan contact)..... https://nystateofhealth.ny.gov	1-855-355-5777
NYC Department of Health..... www.nyc.gov/health	311
NYS Long Term Care Ombudsman Program..... https://ltcombudsman.ny.gov/	1-855-582-6769
NYS Department of Health-Medicaid and Marketplace HMO complaints	1-800-206-8125

Fundación de Residencias para Enfermos Terminales de los EE.UU. www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
ICAN - Red Independiente de Defensa al Consumidor: Defensor del pueblo a largo plazo administrado por Medicaid.....	1-844-614-8800
LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados)	
Servicios Legales de la Ciudad de Nueva York..... www.legalservicesnyc.org	1-917-661-4500
Programa de transición para las personas recientemente elegibles con ingresos iimitados (LINET, por sus siglas en inglés) (administrado por Humana)	1-800-783-1307
Livanta, LLC: organización para la mejora de la calidad para apelar al alta hospitalaria y presentar quejas de atención de calidad	1-866-815-5440
Facilitadores de inscripción de Medicaid para personas de edad avanzada, ciegas o discapacitadas (también pueden asistir con la presentación de solicitudes para los programas de ahorros de Medicare)	1-347-396-4705
Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid (Fiscal General de Nueva York)	1-800-771-7755
Línea de denuncia de fraudes de Medicare (Oficina del Inspector General, DHHS)	1-800-447-8477
Línea de atención de Medicare.....	1-800-MEDICARE
Centro de derechos de Medicare..... www.medicarerights.org	1-800-333-4114
Consejo Nacional sobre las Personas Mayores	
Centro Nacional de Información de Salud	
New York Connects (apoyo y servicios de atención a largo plazo; harán visitas domiciliarias)	1-800-342-9871
Bronx (Neighborhood SHOPP): 1-347-862-5200 Brooklyn (JASA): 1-718-671-6200 Manhattan (Fundación de Nueva York para Adultos Mayores): 1-212-962-2720 Queens (Servicios Comunitarios de Autoayuda): 1-718-559-4400 Staten Island (CASC):1-718-489-3954	
Evelyn Frank Legal Resources Program de New York Legal Assistance Group (NYLAG)	1-212-613-7310
EFLRP@NYLAG.org.	
New York State of Health (contacto del plan de Marketplace)	1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov	
Departamento de Salud del Estado de Nueva York..... www.nyc.gov/health	311
Programa del Defensor del Pueblo para la Atención Prolongada	1-855-582-6769
https://ltcombudsman.ny.gov/	
Quejas ante una HMO del Mercado y Medicaid - Departamento de Salud del estado de Nueva York.....	1-800-206-8125

NYS Department of Financial Services.....	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	
NYS Medicaid Helpline.....	1-800-541-2831
NYS Office for the Aging Senior Citizen Helpline.....	1-800-342-9871
www.aging.ny.gov	
NYS Office of Crime Victim Services.....	1-800-247-8035
https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	
NYS Department of Health Office of Professional Medical Conduct (physician quality control complaints).....	1-800-663-6114
NYU Dental Clinic.....	1-212-998-9800
www.nyu.edu/dental	
Railroad Retirement Board.....	1-877-772-5772
www.rrb.gov	
SMP (formerly Senior Medicare Patrol) to report Medicare fraud/abuse in NYS.....	1-800-333-4374
Social Security Administration.....	1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov	TTY 1-800-325-0778
United States Department of Veterans Affairs.....	1-800-827-1000
www.va.gov	

Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York.....	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	
Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York.....	1-800-541-2831
Línea de atención a personas mayores de la Oficina del Estado de Nueva York para Personas Mayores.....	1-800-342-9871
www.aging.ny.gov	
Oficina de Servicios para Víctimas del Crimen del estado de Nueva York	1-800-247-8035
https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	
Oficina de Conducta Médica Profesional del Departamento de Salud del estado de Nueva York (quejas sobre el control de calidad de la atención médica)	1-800-663-6114
Clínica odontológica de NYU	1-212-998-9800
www.nyu.edu/dental	
Junta de Jubilados Ferroviarios	1-877-772-5772
www.rrb.gov	
SMP (anteriormente Patrulla senior de Medicare) para reportar fraude/abuso de Medicare en el estado de Nueva York.....	1-800-333-4374
Administración del Seguro Social.....	1-800-772-1213
www.socialsecurity.gov	TTY 1-800-325-0778
Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....	1-800-827-1000
www.va.gov	

NOTES

NOTAS