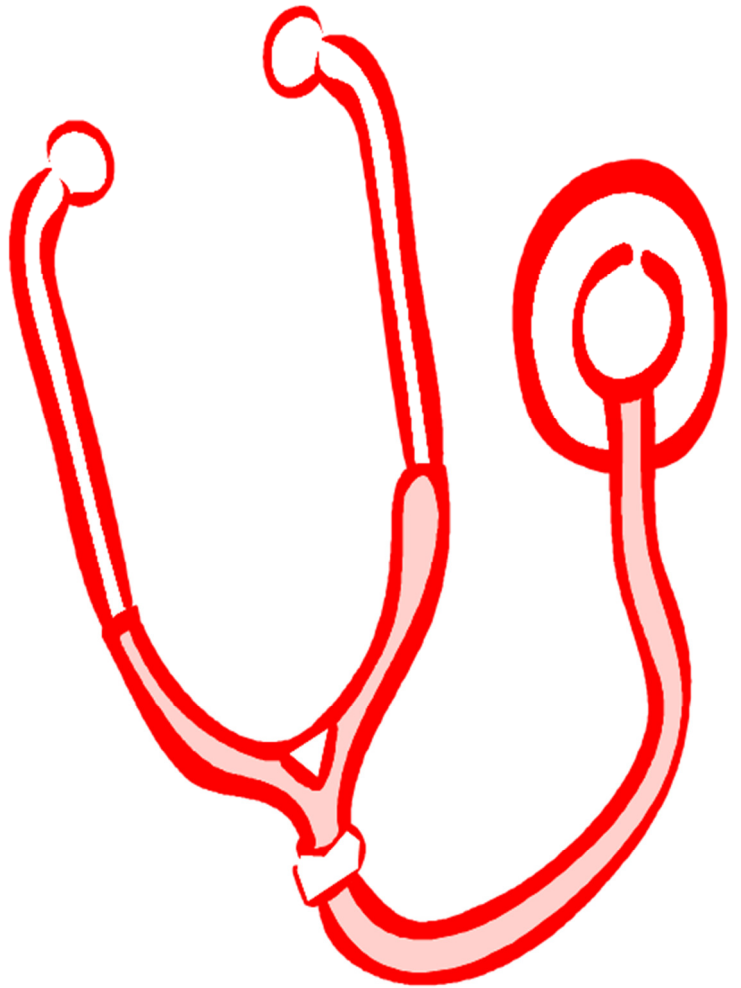


**A Complete Guide to
Health Insurance
Coverage for
Older New Yorkers**

2019

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

2019



HIICAP

Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

**Medicare Questions? Call 311
Ask for HIICAP**



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

**Medicare Questions? Call 311
Ask for HIICAP**

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 311 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 necessarily constitute endorsement of these programs on the part of the New York City Department for the Aging.

Dial 311 for information regarding this and other City services.

www.nyc.gov/aging
www.aging.ny.gov/healthbenefits

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

**Medicare Questions? Call 311
Ask for HIICAP**

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) con el fin de ayudar a las personas 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 respondiendo a sus preguntas. Llame al 311 y pregunte acerca del programa HIICAP para hablar con uno de nuestros asesores capacitados.

Tenemos asesores de HIICAP a su disposición para atenderlo por teléfono o reunirse con usted en persona en una de nuestras sedes de asesoría. Solo tiene que llamar a nuestra línea de ayuda para obtener información sobre el asesor más cercano.

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

Marque 311 para recibir información sobre este y otros servicios que ofrece la ciudad.

www.nyc.gov/aging
www.aging.ny.gov/healthbenefits

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

TABLE OF CONTENTS	
Topic	Page
Medicare Coverage Choices Chart-----	3
Medicare-----	4
Part A-----	7
Part B-----	9
Preventive Services-----	14
Medicare as Secondary Payer (for people with other health insurance, including employer-based coverage)-----	17
Medicare Supplement Insurance (Medigap)-----	20
Medicare Advantage Plans (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)----	28
Medicare Part D-Prescription Drug Coverage-----	33
Extra Help Paying for Part D-----	38
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)-----	40
BigAppleRx Prescription Drug Discount Card-----	44
Medicare Savings Programs-----	45
Medicare Fraud and Abuse-----	48
Medicaid for 65+, Blind or Disabled-----	50
Mandatory Medicaid Managed Long Term Care-----	54
NY State of Health/Health Insurance Exchange-----	58
Medicaid for under 65, not blind, not disabled-----	59
Essential Plan-----	61
Qualified Health Plan-----	62
Veteran’s Benefits and TRICARE for Life-----	64
Other Health Coverage Options for New Yorkers-----	67
Patient Rights and Appeals-----	69
Advance Directives-----	70
Long Term Care Planning-----	71
Eligibility Charts-----	75
Medicaid Offices-----	77
Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA)-----	78
Health Insurance Definitions-----	79
Resources-----	80

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

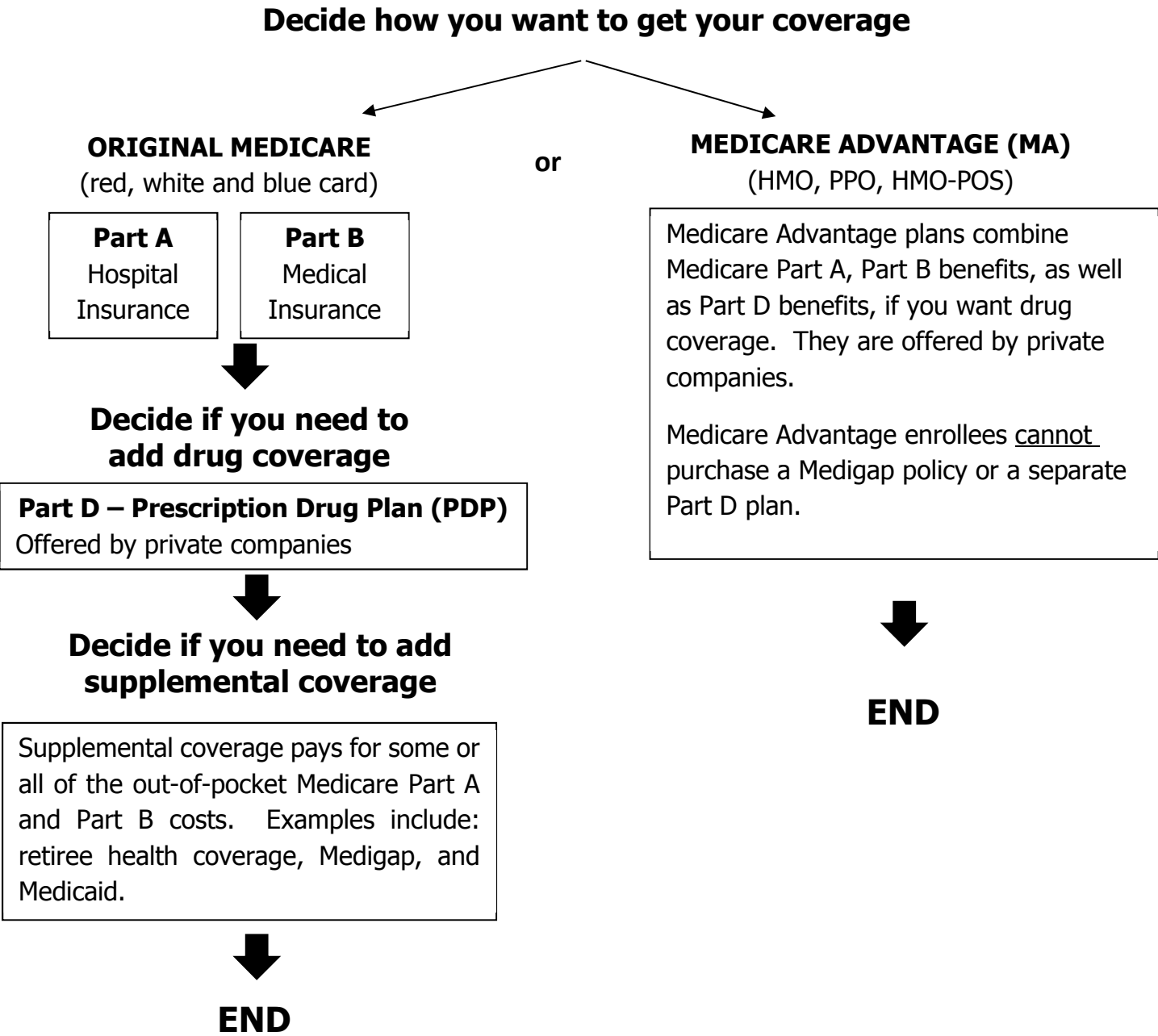
ÍNDICE	
Tema	Página
Cuadro de opciones de cobertura de Medicare -----	3
Medicare -----	4
Parte A -----	7
Parte B -----	9
Servicios preventivos -----	14
Medicare como pagador secundario (Para personas con otras coberturas de seguro médico, incluida la cobertura proporcionada por empleadores)	17
Seguro suplementario de Medicare (Medigap) -----	20
Planes de Medicare Advantage (HMO, PPO, HMO-POS, SNP) -----	28
Parte D de Medicare: cobertura para medicamentos recetados-----	33
Ayuda adicional para pagar la Parte D -----	38
Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (EPIC) -----	40
Tarjeta de Descuento para Medicamentos Recetados de BigAppleRx -----	44
Programas de Ahorros de Medicare -----	45
Fraude y abuso de Medicare -----	48
Medicaid para personas mayores de 65 años, ciegas o discapacitadas-----	50
Atención obligatoria prolongada administrada por Medicaid-----	54
NY State of Health/Health Insurance Exchange-----	58
Medicaid para personas menores de 65 años que no son ciegas ni discapacitadas -----	59
Plan esencial -----	61
Plan médico calificado -----	62
Beneficios para veteranos y TRICARE for Life -----	64
Otras opciones de cobertura médica para los neoyorquinos -----	67
Derechos de los pacientes y apelaciones -----	69
Directivas anticipadas -----	70
Planificación de la atención prolongada -----	71
Cuadros de requisitos -----	75
Oficinas de Medicaid -----	77
Monto de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA)-----	78
Definiciones de términos de seguros médicos -----	79
Recursos -----	80

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.

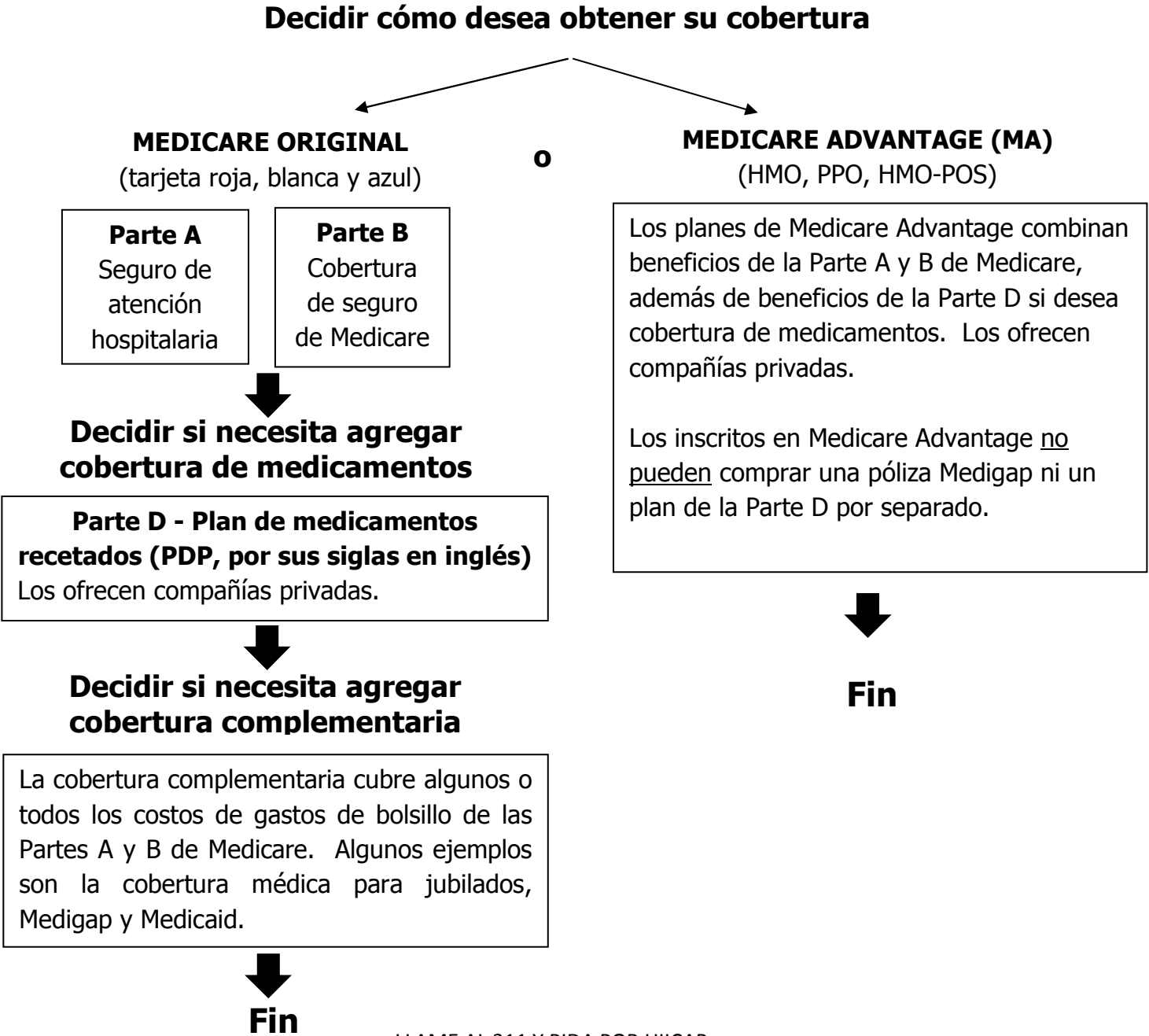


CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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.



LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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. It has four components:

- Hospital Insurance (Part A).
- Medical Insurance (Part B).
- Medicare Advantage plans (Part C - HMO, PPO, Special Needs Plans). Medicare Advantage plans provide hospital and medical coverage. If someone joins a Medicare Advantage plan, they will have coverage through that private plan, not through "original Medicare."
- Prescription Drug Coverage (Part D). Medicare Advantage enrollees who want drug coverage must get that coverage through their plan. Enrollees in "original Medicare" who want drug coverage sign up for a stand-alone Part D plan.

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.

If you or your spouse (including same-sex spouse) are insured through Social Security (by having earned 40 quarters of coverage), you are eligible for premium-free Part A at age 65. 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.

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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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. Tiene cuatro componentes:

- Seguro hospitalario (Parte A).
- Seguro médico (Parte B).
- Planes Medicare Advantage (Parte C: HMO, PPO y planes para necesidades especiales). Los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura hospitalaria y médica. Cuando una persona se inscribe en un plan Medicare Advantage, recibe la cobertura a través de ese plan privado y no a través de "Medicare original".
- Cobertura para medicamentos recetados (Parte D). Los afiliados a Medicare Advantage que deseen cobertura para medicamentos deben obtener dicha cobertura a través de su plan. Los afiliados de "Medicare original" que deseen cobertura para medicamentos deben inscribirse en un plan independiente de la Parte D.

¿Quién puede inscribirse en Medicare?

- Edad: Es elegible para Medicare si tiene 65 años de edad o más y para
 - un ciudadano estadounidense o
 - para un 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) 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.

Si usted o su cónyuge (incluso cónyuges del mismo sexo) están asegurados mediante el Seguro Social (al haber obtenido 40 trimestres de cobertura), son elegibles para inscribirse en la Parte A sin prima a la edad de 65 años. 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.

Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para Medicare, o si desea solicitar la cobertura de Medicare, llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY). Puede obtener más información sobre cómo solicitar Medicare en www.socialsecurity.gov.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

How Do I Enroll in Medicare?

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.
- If you receive Social Security Disability benefits, you will automatically get a Medicare card in the mail after you have received Social Security Disability benefits for 24 consecutive months. If you wish to decline Medicare benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.

If you are not receiving Social Security benefits as you approach age 65, and you want your Medicare benefits at age 65, it is important to understand the different enrollment periods. You must 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.

Applying for Medicare Part A: 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. Those who need to pay a premium for Part A (don't have 40 quarters of coverage through Social Security) can only enroll during their Initial Enrollment Period, and thereafter only from January 1-March 31, with coverage effective July 1. These individuals may incur a Late Enrollment Penalty.

Applying for Medicare Part B: If you are not receiving Social Security when you turn 65, you have a seven-month Initial Enrollment Period (IEP) in which to enroll in Medicare. You can enroll by contacting the Social Security Administration (SSA) three months before you turn 65, the month in which you turn 65, and the three months that follow.

- 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?

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

- Inscripción automática: si ya cobra 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.
- Si es discapacitado, obtendrá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo después de haber recibido sus beneficios por discapacidad del Seguro Social durante 24 meses consecutivos. Si desea renunciar a los beneficios de Medicare, siga las instrucciones que se envían con la tarjeta de Medicare.

Si no está recibiendo beneficios del Seguro Social cuando se acerca a los 65 años, y quiere los beneficios de Medicare a los 65, es importante comprender los diferentes períodos de inscripción. 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.

Cómo solicitar la Parte A de Medicare: Las personas elegibles para la Parte A sin pago de prima a la edad de 65 años pueden inscribirse en la Parte A de Medicare en cualquier momento, y la cobertura puede ser retroactiva por hasta seis meses. Quienes deben pagar una prima para la Parte A (aquellos que no tienen 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social) solo pueden inscribirse durante su período de inscripción inicial y, de ahí en más, entre el 1 de enero y el 31 de marzo, con entrada en vigencia de la cobertura a partir del 1 de julio. Estas personas podrán recibir una multa por inscripción tardía.

Cómo solicitar la Parte B de Medicare: si no recibe beneficios del Seguro Social al cumplir 65 años, tiene un Período Inicial de Inscripción (IEP) de siete meses para inscribirse en Medicare. Para hacerlo, puede comunicarse con la Administración del Seguro Social (SSA) tres meses antes de cumplir 65 años, en el mes en que los cumple y durante los tres meses siguientes.

- 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.

If you do not enroll during this seven-month period and do not have health insurance through a current and active employer (yours or your spouse's) you will have to wait to enroll during the General Enrollment Period which is January 1 to March 31 of each year, but Part B coverage will not start until July 1. If you do not enroll during the Initial Enrollment Period and do not have other coverage through an active employer of you or your spouse, you may face a higher premium as a penalty for late enrollment. The penalty for late enrollment is 10% for every full 12 months of non-enrollment in Part B. NOTE: COBRA coverage is NOT coverage through an active employer, thus COBRA does not qualify you for a special enrollment period.

Actively Employed and Medicare Eligible: If you or your spouse are actively employed and have health insurance through that 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. You may wish to enroll in Part A regardless because there is no premium for this coverage, though this is prohibited if you are contributing to a Health Savings Account (HSA). Refer to the section on Medicare as Secondary Payer (see page 17) for more information.

Medicare Card Replacement: The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act (MACRA) of 2015 requires that Medicare no longer use Social Security numbers on their cards in order to prevent identity theft. Medicare completed the mailing of new Medicare cards by December 2018 to New York residents. The new cards have a randomly assigned identifier, not related to any personal information. The new Medicare beneficiary identifier (MBI) has 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. Call 1-800-MEDICARE if you did not receive your new Medicare card.

TIP: To locate providers in the Medicare program, visit www.medicare.gov or call 1-800-MEDICARE.

Choices in the Medicare Program

Medicare beneficiaries have a choice in how they receive their Medicare benefits. 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.

Si no se inscribe durante ese período de siete meses y no tiene seguro médico a través de un empleador actual y activo (suyo o de su cónyuge), deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción general, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, si bien la cobertura de la Parte B no comenzará hasta el 1 de julio. Si no se inscribe durante el período inicial de inscripción y no recibe otra cobertura a través de su empleador activo o del empleador de su cónyuge, podrá tener que pagar una prima más alta como multa por inscripción tardía. La multa por inscripción tardía es del 10% por cada doce meses completos en que no haya estado inscrito en la Parte B. NOTA: La cobertura de COBRA NO es una cobertura mediante un empleador activo; por lo tanto, COBRA no lo faculta para un período de inscripción especial.

Empleados activos y personas que reúnen los requisitos para Medicare: si usted o su cónyuge son empleados activos y tienen seguro médico a través de su empleador o sindicato, es posible que no necesiten inscribirse en la Parte B de Medicare en el momento en que reúnan los requisitos por primera vez. Comuníquese con su empleador para averiguar si este le exige que se inscriba en la Parte B. No obstante, es posible que desee inscribirse en la Parte A, ya que no hay prima por esta cobertura, aunque esto no se permite si usted contribuye a una Cuenta de Ahorro de Salud (HSA, por sus siglas en inglés). Consulte la sección sobre Medicare como pagador secundario (página 17) para obtener más información.

Reemplazo de la Tarjeta de Medicare: la Ley de Acceso a Medicare y Reautorización de CHIP (MACRA), sancionada en 2015, exige que Medicare ya no utilice los números de Seguro Social en sus tarjetas a fin de impedir el robo de identidad. En diciembre de 2018, Medicare finalizó el envío de nuevas tarjetas de Medicare a los residentes neoyorquinos. Las nuevas tarjetas tendrán un identificador asignado aleatoriamente, no relacionado con ninguna información personal. El nuevo identificador de beneficiario de Medicare (MBI, por sus siglas en inglés) tiene 11 caracteres que incluirán 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. Comuníquese al 1-800-MEDICARE si no recibió la nueva tarjeta de Medicare.

CONSEJO: para ubicar a proveedores del programa de Medicare, ingrese en www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Opciones en el programa Medicare

Los beneficiarios de Medicare tienen una opción respecto de la manera en que reciben sus beneficios de Medicare. 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.

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 and 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 more 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.

Most people are eligible for premium-free Part A because they or their spouse have at least 40 quarters of coverage with Social Security. Those who do not have 40 quarters of coverage with Social Security can pay a monthly premium for Part A coverage. In 2019, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$437 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$240 per month. For low-income beneficiaries who qualify for the QMB Medicare Savings Program (see page 45), QMB may also be able to pay the Part A premium for those who do not qualify for premium-free Part A.

Part A Inpatient Hospitalization Cost Sharing in 2019:

- Deductible: \$1,364 per benefit period
- Days 61-90 of an inpatient stay: \$341 per day
- Lifetime Reserve Days: \$682 per day

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 periodo de beneficios. Un **periodo 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 periodo 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 periodo 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.

La mayoría de las personas cumple los requisitos para la Parte A sin prima debido a que ellos o su cónyuge tienen como mínimo 40 trimestres de cobertura a través del 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. En 2019, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$437 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$240 por mes. Para las personas con bajos ingresos que reúnen los requisitos del Programa de ahorro de Medicare QMB (ver la página 45), QMB también podría estar en condiciones de pagar la prima de la Parte A para los que no pueden solicitar la Parte A sin prima.

Costos compartidos de atención hospitalaria de la Parte A en 2019:

- Deducible: \$1,364 por periodo de beneficios
- Días 61 a 90 de estadía en el hospital: \$341 por día
- Días de reserva de por vida: \$682 por día

Skilled Nursing Facility Care: If after being discharged after a three-day minimum stay as an inpatient in a hospital (not counting the day of discharge), you need to go to a skilled nursing facility (SNF), Medicare will help pay for your care for up to 100 days in a benefit period. (Days under “observation” status in a hospital are covered under Medicare Part B, and are not counted towards the three-day qualifying minimum stay for SNF coverage.) Medicare Part A pays the full cost of covered services for the first 20 days. All covered services for the next 80 days are paid for by Medicare except for a daily co- payment amount of \$170.50 in 2019. 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.**

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 SNF.

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. Depending on the circumstances, home care can be covered by either Part A or Part B. Home care is covered at 100%. 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 care, you may also qualify for other 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 54 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. The care can be at home or as an inpatient, and includes many services usually not covered by Medicare, such as homemaker services, counseling, and certain prescription drugs.

Institución de atención de enfermería especializada: si una vez que recibe el alta después de una estadía mínima de 3 días como paciente internado en un hospital (sin contar el día del alta), necesita ir a una institución de atención de enfermería especializada (SNF), Medicare podría ayudar a pagar su atención por hasta 100 días en cada periodo de beneficios. (Los días "en observación" en un hospital son cubiertos por la Parte B de Medicare, y no se computan como parte de la estadía mínima de 3 días necesaria para la cobertura de la SNF). La Parte A de Medicare paga el costo total de los servicios cubiertos durante los primeros 20 días. Medicare paga todos los servicios cubiertos en los siguientes 80 días, excepto el monto de copago diario, que es de \$170 en 2019. Si necesita más de 100 días de atención en un periodo 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.**

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 SNF.

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. Según las circunstancias, la atención a domicilio puede ser cubierta mediante la Parte A o la Parte B. La atención domiciliaria se cubre al 100%. 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 especializada, es posible que también reúna los requisitos para otros servicios, 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 54 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 vez de los beneficios regulares de Medicare. La atención en hogares para enfermos terminales está dirigida a ofrecer bienestar y alivio del dolor. La atención puede ser domiciliaria u hospitalaria, e incluye muchos servicios que Medicare habitualmente no cubre, como servicios domésticos, asesoramiento y ciertos medicamentos recetados.

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 also helps pay for:

- Physician services
- Outpatient hospital services
- Mental health care
- Blood, after the first 3 pints
- Ambulance transportation
- Physical, speech & occupational therapy
- Preventive & Screening tests
- Flu, pneumonia & hepatitis B vaccines
- Injectibles
- X-rays
- Lab tests (covered at 100%)
- Durable medical equipment
- Medical supplies
- Home care (see page 8)

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 premium on a quarterly basis.

In 2019 the standard monthly **premium** is \$135.50. About 3.5% of Medicare beneficiaries will be paying less than this amount. This has to do with Social Security's Cost of Living Adjustment (COLA) increases for prior years; the COLA increases did not keep pace with the Part B Premium increases. Medicare beneficiaries were "held harmless" from a premium increase that would have resulted in a reduction in their net Social Security check. The 2019 COLA will be 2.8%. While beneficiaries' gross Social Security benefits will increase 2.8%, the increase will go towards raising their Part B premium to the \$135.50 amount.

Higher income individuals (over \$85,000 for individuals; \$170,000 for married couples) will be responsible for higher premiums, known as the Income Related Medicare Adjustment Amount (IRMAA). Social Security determines whether each person is subject to IRMAA by looking at tax filings for 2-years prior; IRMAA is re-evaluated each year. For example, in 2019, SSA looks at your 2017 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.pdf). See page 78 for more information for the current IRMAA amounts.

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. La Parte B también ayuda a pagar:

- Servicios médicos
- Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio
- Salud mental
- Sangre, después de las primeras 3 pintas
- Traslado en ambulancia
- Terapia física y ocupacional y fonoaudiología
- Análisis preventivos y exámenes de detección
- Vacunas contra la gripe, la neumonía y la hepatitis
- Medicamentos inyectables
- Radiografías
- Análisis de laboratorio (cubiertos al 100%)
- Equipo médico duradero
- Insumos médicos
- Atención domiciliaria (ver página 8)

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 los reciben se les facturará su prima en forma trimestral.

En 2019, la **prima** mensual estándar es de \$135.50. Alrededor del 3.5% de los beneficiarios de Medicare pagarán menos que este monto. Esto está relacionado con los aumentos del ajuste por costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés) del Seguro Social en años anteriores, que no fueron a la par con los aumentos de la prima de la Parte B. Se evitó que los beneficiarios de Medicare tuvieran que pagar un aumento de la prima que hubiera resultado en una reducción de sus ingresos netos de Seguro Social. El COLA de 2019 será del 2.8%. Aunque los beneficios brutos de Seguro Social de los beneficiarios aumentarán en un 2.8%, este aumento hará que la prima de la Parte B se incremente en \$135.50.

Las personas con mayores ingresos (más de \$85,000 por persona; \$170,000 en el caso de matrimonios) pagarán primas más altas, lo que se conoce como monto de ajuste 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 fiscales de los dos últimos dos (2) años. El monto del IRMAA se reevalúa cada año. Por ejemplo, en 2019, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene en cuenta su declaración de impuestos de 2017. 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.pdf). Consulte la página 78 para obtener más información sobre los montos IRMAA actuales.

You are responsible for paying the annual Part B **deductible**, \$185 in 2019. After meeting the deductible, Medicare pays for 80% of Medicare-approved charges. You are responsible for paying the other 20%, referred to as the Medicare **coinsurance**.

Prior to January 2018 there was a dollar limit on **physical, speech and occupational therapy** services covered by Medicare within a calendar year. Although there is no longer a cap, if you reach a certain dollar threshold the therapist needs to confirm that your therapy services are medically reasonable and necessary.

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

There are several ways to help cover the cost-sharing under Original Medicare. Examples include:

- **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 20 for information on Medigap policies.
- **Retiree/Union Benefits** may work with Original Medicare. You’d need to speak to the benefits administrator to understand the policy.
- **Medicaid** works to cover Medicare cost-sharing, as long as you meet Medicaid eligibility requirements. For more information, see page 51.

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. Below are descriptions of each of these scenarios.

- 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?”

Usted debe pagar el **deducible** anual correspondiente a la Parte B, que en 2019 es de \$185. Una vez alcanzado el deducible, Medicare paga el 80% de los cargos aprobados por Medicare. Usted es responsable del pago del 20% restante, que se conoce como **coseguro** de Medicare.

Antes de enero de 2018 había un límite en dólares a los servicios de **terapia física, ocupacional y del habla** cubiertos por Medicare dentro de un año calendario. Si bien ya no existe un límite, si alcanza un cierto umbral en dólares, el terapeuta necesita confirmar que sus servicios de terapia son razonables y necesarios en términos médicos.

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

Hay varias maneras de ayudar a cubrir los costos compartidos en Medicare Original. Los ejemplos incluyen:

- El seguro suplementario de Medicare (Medigap) ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte de los costos no cubiertos 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 20 para obtener información sobre las pólizas de Medigap.
- Los **beneficios para jubilados o sindicales** pueden funcionar con Medicare Original. Deberá hablar con el 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 51 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. A continuación se describe cada una de estas situaciones.

- 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% una vez que alcanza 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.

- If a provider **accepts assignment**, he or she will accept the amount Medicare approves 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 Limiting Charge that applies for office visits and home visits is 15%. For most other services provided by physicians in New York State, the Limiting Charge is 5%.
 - 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%.
- Providers can "**Opt Out**" of the Medicare program. Medicare providers have the right to officially "opt out" of Medicare for a two-year period and enter into a private written contract with any Medicare patient who seeks their treatment. The doctor 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 patient. 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. "Opting Out" is different from providers who do not accept Medicare Assignment, where the set fees and reimbursements are still controlled by Medicare.

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage

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. Without a signed ABN, the beneficiary is not responsible for charges in excess of the cap for these services (see following page for a sample ABN). The beneficiary retains appeal rights, even with a signed ABN. A sample ABN is found on the next page.

- Si un médico **acepta la asignación**, aceptará el monto que Medicare apruebe 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 que se aplica a las visitas al consultorio médico y al domicilio es del 15%. Para la mayoría del resto de los servicios prestados por médicos en el estado de Nueva York, el Cargo límite es del 5%.
 - 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%.
- Los proveedores pueden "**Excluirse**" del programa de Medicare. Los proveedores de Medicare tienen el derecho de "excluirse" oficialmente de Medicare por un periodo de dos años y firmar un contrato de carácter privado por escrito con cualquier paciente de Medicare que desee ser atendido por ellos. El médico 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 paciente. 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. Los proveedores que se "excluyen" son un caso distinto del de los proveedores que no aceptan una Asignación de Medicare, en donde los aranceles y reembolsos fijos continúan bajo el control de Medicare.

Notificación anticipada al beneficiario de no cobertura

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 cubra. El formulario debe especificar el servicio en cuestión y el beneficiario conserva los derechos de apelación, incluso con un formulario ABN firmado; 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. Sin una ABN firmada, el beneficiario no es responsable por los cargos que excedan el máximo para estos servicios (consulte el modelo de ABN en la página que sigue). El beneficiario conserva los derechos de apelación, incluso con un formulario ABN firmado. En la siguiente página encontrará una muestra de ABN.

Medicare Summary Notice

For assigned claims, 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. For unassigned claims, a MSN will be mailed as the claims are processed, along with a check to the beneficiary, if the beneficiary has already paid for the service. Beneficiaries will be able to utilize the MSN for reimbursement from a Medigap policy. The MSN also contains information on how you can appeal Medicare claim denials. Beneficiaries can also access their MSNs electronically at 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.

Notificación resumida de Medicare

Para las reclamaciones asignadas, cada trimestre se enviará por correo una notificación resumida de Medicare (MSN) a cada beneficiario por el que se hubiera recibido una reclamación de un proveedor en virtud de la Parte A y/o de la Parte B. Para las reclamaciones no asignadas, se enviará la MSN a medida que se procesen las reclamaciones, junto con un cheque a nombre del beneficiario, si ya ha pagado por el servicio. Los beneficiarios podrán usar la MSN para obtener un reembolso conforme a una póliza Medigap. La MSN contiene información sobre cómo apelar las reclamaciones de Medicare denegadas. Los beneficiarios también pueden acceder a sus MSN por Internet en www.mymedicare.gov. Puede solicitar recibir la notificación 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.

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.
Behavioral Therapy for Cardiovascular Disease (CVD)	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.
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.
Cardiovascular Screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
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.

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.
Terapia conductual para la enfermedad cardiovascular (CVD)	Medicare cubre una visita personalizada de reducción del riesgo de CVD 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.
Medición de masa ósea	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.
Pruebas cardiovasculares	Medicare cubre pruebas cardiovasculares para controlar el colesterol y demás concentraciones de grasa en sangre (lípidos) una vez cada 5 años.
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 tiene un riesgo alto de desarrollar 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 cada tres años para personas con Medicare que tengan entre 50 y 85 años de edad, no muestren señales ni síntomas de enfermedades colorrectales ni corran el riesgo 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.

Diabetes Services	Diabetes screenings for those at higher risk covered at 100%. Coverage for glucose monitors, lancets, test strips and diabetes self-management training for both insulin and non-insulin dependent of those diagnosed with diabetes. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible.
Glaucoma Screening	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 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	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 Test	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.
Mammogram Screening	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.
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.
Pap Test 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

Servicios para la diabetes	Las pruebas de detección de la diabetes para las personas con riesgo alto están cubiertas en un 100%. Cobertura total de monitores de glucosa, lancetas, tiras de prueba y capacitación para el autocontrol de la diabetes tanto para pacientes diabéticos insulino dependientes como no dependientes. Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible de la Parte B.
Pruebas de detección del 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.
Examen de 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 aquellas personas que están embarazadas.
Examen 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.
Prueba de 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.
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 seno. La mamografía de diagnóstico está sujeta al deducible de la Parte B y al 20% de coseguro.
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.
Papanicolau (Pap) 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 Tests	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 High-Intensity Behavioral Counseling (HIBC) to prevent STIs	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 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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.
Pruebas de detección del cáncer de próstata	Examen digito rectal: cubierto una vez cada 12 meses para los 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 antígeno prostático específico (PSA): cubierta una vez cada 12 meses para hombres a partir de los 50 años.
Diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento conductual intensivo (HIBC) para evitar las ETS	Medicare cubre el diagnóstico de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B, además del asesoramiento conductual intensivo (HIBC) 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 remitidas 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 el 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	Vacuna contra la 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 TIENE..	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 empleador	Menos de 100 empleados	Primero. Plan del empleador, segundo.
Personas discapacitadas de menos de 65 años, cubierto por el plan del empleador	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.

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.

Working after age 65 - Employer Group Health Plans (EGHP) and Medicare: When a Medicare beneficiary over age 65 continues to work, their employer or their spouse's employer must provide the same coverage for all employees and families, regardless of age. 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 open to those who are working who have employer coverage. Look on the Medicare website at www.medicare.gov or call 1-800-MEDICARE for more information. 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. Enrollment in Medicare Part B should be done within 8 months of the end of active employment, not at the end of health care coverage, in order to avoid a possible gap in coverage and a late enrollment penalty. 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>

Retiree health coverage: Generally speaking, in cases where one has both Medicare and retiree health insurance, Medicare is primary and retiree coverage is secondary. For some, retiree benefits work more like a supplement to Original Medicare, while for others it acts 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 will 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:

Seguro de responsabilidad civil y Medicare: en caso de accidente o lesión, los gastos de atención médica pueden estar cubiertos por otros tipos de seguro, 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 un tiempo prolongado, 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.

Trabajo después de los 65 años: planes de salud grupales del empleador (EGHP) y Medicare: cuando un beneficiario de Medicare mayor de 65 años continúa trabajando, su empleador o el empleador de su cónyuge deben prestar al empleado la misma cobertura para todos los empleados y familias, independientemente de la edad. Si hay 20 empleados o más en la compañía en la que trabaja el beneficiario de Medicare o su cónyuge, su plan de salud 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 está siempre abierta a los trabajadores con cobertura de su empleador. Consulte la página web de Medicare en www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener más información. 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. La inscripción en la Parte B de Medicare debe realizarse en un plazo de 8 meses a partir del momento en que termine el empleo activo, no al final de la cobertura de atención médica, a fin de evitar una brecha en la cobertura y una multa por inscripción tardía. 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>

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. Para algunas personas, los beneficios para jubilados funcionan como un complemento de Medicare Original, mientras que para otras, es más similar a un plan Medicare Advantage. Debe comunicarse con el administrador de beneficios para comprender cómo se coordinan sus beneficios para jubilado 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 seguirá 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. 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 enroll in Part B also. 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>.

Disability and Medicare: If a person becomes disabled and is unable to work, an EGHP generally covers the costs. If the company employs 100 or more individuals, the EGHP is primary and Medicare is secondary. If there are fewer than 100 employees, Medicare is primary and the EGHP is secondary. Disability, as determined by Social Security, will entitle an individual to Medicare coverage after the 24th month of disability payments without regard to age.

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 employer group health plan, it 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. Pre-existing conditions can be paid for by Medicare if Worker's Compensation does not cover these conditions. 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.

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. Afiliarse a FEHB y la Parte B. Pueden continuar con su cobertura de FEHB e inscribirse a la vez 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/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf> y <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

Discapacidad y Medicare: si una persona sufre una discapacidad y no puede trabajar, por lo general el EGHP cubre los gastos. Si la compañía tiene 100 o más empleados, el EGHP es primario y Medicare es secundario. Si hay menos de 100 empleados, entonces Medicare es primario y el EGHP es secundario. La discapacidad, según lo establece el Seguro Social, dará a la persona derecho a una cobertura de Medicare a partir del mes 24 de pagos por discapacidad, independientemente de la edad.

Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD): 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 existe un plan colectivo de salud del empleador, es primario durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. Después de 30 meses, Medicare es primario.

Indemnización a los empleados 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. Medicare puede hacerse cargo del costo de las afecciones preexistentes si no están cubiertas por indemnización laboral. 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) brinda asistencia relativa a esta función.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (Medigap)

What is a Medigap policy?

Medicare Supplement Insurance (Medigap) is specifically designed to fill the gaps in 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!

Effective January 1, 2020, no Medigap Plan C or Plan F may be sold to a "newly eligible" Medicare beneficiary. A newly eligible Medicare beneficiary is defined as an individual who is neither a person who: (1) has attained age 65 before January 1, 2020; or (2) was entitled to Medicare Part A benefits by disability or ESRD before January 1, 2020.

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.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

¿Qué es una póliza de Medigap?

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) está diseñado de forma específica para cubrir las diferencias en la cobertura de las Partes A y B de Medicare. 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!

A partir del 1 de enero de 2020, no se venderán planes C o planes F de Medigap a beneficiarios de Medicare "recientemente elegibles". Un beneficiario de Medicare que es "recientemente elegible" se define como una persona que no: (1) haya alcanzado los 65 años de edad antes del 1 de enero de 2020; o (2) tenía derecho a recibir los beneficios de la parte A de Medicare por motivos de discapacidad o ESRD antes del 1 de enero de 2020.

¿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.

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.

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 plan’s 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”). In addition, 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 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 27 for a listing of insurance companies and their premiums for Medicare beneficiaries in New York City.

¿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.

¿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 ofrecidos por un plan que mejor se adapte 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"). Además, 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 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 doce planes estándar. Consulte la página 27 para obtener una lista de aseguradoras y sus primas para beneficiarios de Medicare en la ciudad de Nueva York.

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 health problem. 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 after turning 65 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 http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub_gen.

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 for your health benefits. 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 (\$341 per day in 2019) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A copayment amount (\$682 per day in 2019) 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 (\$185 in 2019).

¿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 dicho problema de salud. 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 periodo de inscripción abierta posterior a su cumpleaños número 65, 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 la cobertura de su plan médico anterior tuvo una duración 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 periodos de espera para las enfermedades preexistentes en http://dfs.ny.gov/consumer/caremain.htm#sub_gen.

¿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 correspondientes a sus beneficios médicos. 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 figuran los diez planes estándar Medigap –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 (\$341 por día en 2019) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada periodo de beneficios de Medicare.
- Cobertura del monto de coseguro de la Parte A (\$682 por día en 2019) 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 (\$185 en 2019).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible (\$1,364 per benefit period in 2019).

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 (\$170.50 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2019).
- Coverage of the Medicare Part B deductible (\$185 per calendar year in 2019).
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

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 charge ².
- 80% coverage for medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible and \$50,000 lifetime maximum benefit.

PLAN F+ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan F, but you will have to pay a \$2,300 deductible in 2019 before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums.

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

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria en virtud de la Parte A (\$1,364 por periodo de beneficios en 2019).

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 (\$170.50 por día desde el día 21 hasta el día 100 por periodo de beneficios en 2019).
- Cobertura del deducible de la Parte B de Medicare (\$185 por año calendario en 2019).
- 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 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 + (deducible alto)

- Incluye los mismos beneficios que el Plan F estándar, pero usted deberá pagar en 2019 un deducible de \$2,300 antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas de deducible alto tienen primas más bajas.

¹ Starting in 2020, a law takes effect restricting Medigap plans from covering the Part B deductible. See page 20 for more information.

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).

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

¹ A partir del año 2020, entra en vigor una ley que impide que los planes de Medigap cubran el deducible de la Parte B. Vea la página 20 para obtener más información.

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).

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.

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.

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 \$5,560 in 2019.

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.

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.

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.

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 \$5,560 en 2019.

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.

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.

- 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 \$2,780 in 2019.

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.

Members of some organizations are able to purchase Medigap insurance at discounted rates. Check with any organizations to which you belong that may offer this as an option.

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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

- 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 \$2,780 en 2019.

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.

Los miembros de algunas organizaciones pueden adquirir el seguro de Medigap a precios reducidos. Verifique con cualquier organización a la que pertenezca que pueda ofrecer esta opción.

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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 is 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

Beneficios básicos: incluidos en todos los planes

- **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 también se ofrece con una opción de deducible alto.
**Estos planes cubren los beneficios básicos, pero tienen diferentes requisitos de costos compartidos.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

Prepared by the NYC Department for the Aging’s Health Insurance Information Counseling Assistance Program (HIICAP) 1-212-602-4180. 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 NY State Department of Insurance website at <http://www.dfs.ny.gov/consumer/medplan/medsup19.pdf>.

*Globe Life Insurance (formerly First United American) premiums differ by zip code.

Go to: <https://myportal.dfs.ny.gov/web/guest-applications/medicare-monthly-premiums> for Medigap rates in your zip code.

** Sterling Life and American Progressive no longer sell Medigap policies to new subscribers. They will continue to renew Medigap policies for current policyholders indefinitely, so long as they continue to pay their premiums.

PLAN	<u>Aetna</u> 800-345-6022	<u>Bankers Conseco</u> 800-845-5512	<u>Empire Blue Cross Blue Shield</u> 855-731-1090	<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>United Health (AARP)</u> Must be an AARP member to enroll (age 50+) 800-523-5800
A	\$318.21	\$352.25	\$179	\$225/252	\$194.87	\$301.72	\$303.63	\$164.25
B	\$362.44	\$460.47	\$235	\$308/346	\$253.28	\$340.60	\$466.29	\$238
C				\$372/417	\$300.87	\$412.76	\$500.36	\$293.50
D				\$367/411			\$491.66	
F	\$422.90	\$621.64	\$290	\$351/394	\$530.29	\$421.13	\$503.62	\$294.50
F+		\$75.69		\$69/78	\$74	\$93.09		
G		\$572.17	\$260	\$327/367		\$376.07	\$466.43	\$264.50
K		\$99.74		\$138/154		\$196.68		\$76.50
L		\$274.69		\$194/217		\$280.85		\$159.50
M		\$380.44					\$478.89	
N		\$333.32	\$185	\$243/273	\$220	\$266.84		\$187.25

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

POLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Preparado por el Departamento de Personas Mayores de la Ciudad de Nueva York para el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) 1-212-602-4180. Comuníquese directamente con las empresas para conocer sus tarifas mensuales vigentes, debido a que están sujetas a cambios. El sitio web del Departamento de Seguros del estado del Estado de Nueva York cuenta con cuadros de tarifas actualizados en <http://www.dfs.ny.gov/consumer/medplan/medsup19.pdf>.

* Las primas de Globe Life Insurance (antes First United American) difieren según el código postal.

Diríjase a: <https://myportal.dfs.ny.gov/web/guest-applications/medicare-monthly-premiums> para obtener los índices de Medigap en su código postal.

** Sterling Life y American Progressive ya no comercializan pólizas Medigap a nuevos afiliados. Continuará renovando las pólizas de Medigap a los actuales titulares de póliza por tiempo indeterminado, mientras estos continúen pagando sus primas.

PLAN	<u>Aetna</u> 800-345-6022	<u>Bankers Conseco</u> 800-845-5512	<u>Empire Blue Cross Blue Shield</u> 855-731-1090	<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>United Health (AARP)</u> Es necesario ser afiliado de la Asociación Estadounidense de Jubilados (AARP) para inscribirse (mayor de 50 años)
A	\$318.21	\$352.25	\$179	\$225/252	\$194.87	\$301.72	\$303.63	\$164.25
B	\$362.44	\$460.47	\$235	\$308/346	\$253.28	\$340.60	\$466.29	\$238
C				\$372/417	\$300.87	\$412.76	\$500.36	\$293.50
D				\$367/411			\$491.66	
F	\$422.90	\$621.64	\$290	\$351/394	\$530.29	\$421.13	\$503.62	\$294.50
F+		\$75.69		\$69/78	\$74	\$93.09		
G		\$572.17	\$260	\$327/367		\$376.07	\$466.43	\$264.50
K		\$99.74		\$138/154		\$196.68		\$76.50
L		\$274.69		\$194/217		\$280.85		\$159.50
M		\$380.44					\$478.89	
N		\$333.32	\$185	\$243/273	\$220	\$266.84		\$187.25

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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

Medicare Advantage plans provide beneficiaries in New York City 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) to Medicare beneficiaries. These companies receive a fixed monthly payment from 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 (and pay the Part B premium); you must live in the plan’s service area; and you cannot have end stage renal disease (ESRD). A Medicare Advantage plan cannot turn away an applicant because of health problems, 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 that “Original” Medicare Part A and Part B cover, 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.

HMO, PPO, HMO-POS, and SNP plans involve a network of doctors, health centers, hospitals, skilled nursing facilities and other care providers for the enrolled member to use for their medical needs. 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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

Los planes Medicare Advantage ofrecen alternativas de Medicare “Original” a los beneficiarios de la ciudad de Nueva York. 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) para los beneficiarios de Medicare. Estas compañías reciben un pago mensual fijo de 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 (y abonar la prima de la Parte B), debe vivir en la zona de servicio del plan y no puede padecer una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD). El Plan de Medicare Advantage no puede rechazar a un solicitante a causa de problemas de salud, salvo ESRD.

Afiliarse a un plan de Medicare Advantage es una opción. Todos los planes de Medicare Advantage deberán ofrecerles a sus afiliados los mismos servicios médicamente necesarios cubiertos por la Parte A y Parte B de Medicare “Original” 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.

Los planes de HMO, PPO y HMO-POS incluyen una red de médicos, centros médicos, hospitales, establecimientos de enfermería especializada y otros prestadores de atención para que los afiliados inscritos satisfagan sus necesidades médicas. 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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. An HMO may offer additional benefits to those offered in fee-for-service Medicare, such as hearing aids, vision and dental care.

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 (HMOs or PPOs) 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.

Enrolling in a Medicare Advantage Plan when first eligible can be done online at www.MEDICARE.gov, by calling 1-800-medicare, or by contacting the plan directly. It is important to know the timing for enrolling in a Medicare Advantage plan:

- When you become Medicare eligible due to turning 65, you can enroll in a Medicare Advantage plan through the end of your 7-month Initial Enrollment Period (IEP), which ends 3 months after the month in which you turn 65.
 - If you sign up for a Medicare Advantage plan during this time, you can drop that plan at any time during the next 12 months and switch to Original Medicare.
- When you become Medicare eligible due to disability, you can enroll in a Medicare Advantage plan starting three months prior to the effective start date of Medicare, and ending three months after the start of Medicare benefits.

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. Una HMO puede ofrecer beneficios adicionales a los que ofrece Medicare con pagos por servicio, como audífonos y atención oftalmológica y odontológica.

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. Diríjase al plan para obtener detalles.

Los **planes para necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés)** son planes de Medicare Advantage (de HMO o PPO) 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.

Inscribirse en un plan Medicare Advantage cuando es elegible por primera vez puede hacerse en línea en www.MEDICARE.gov, comunicándose al 1-800-medicare o comunicándose directamente con el plan. Es importante saber el plazo para inscribirse en un plan Medicare Advantage:

- Cuando pase a ser elegible para Medicare al cumplir los 65 años de edad, podrá inscribirse en un plan Medicare Advantage hasta el final de su Período de Inscripción Inicial (IEP, por sus siglas en inglés) de 7 meses, que finaliza 3 meses después del mes en que cumpla los 65 años.
 - Si se inscribe en un plan Medicare Advantage durante este período, puede dar de baja dicho plan en cualquier momento durante los siguientes 12 meses y cambiar a Medicare Original.
- Cuando pasa a ser elegible para Medicare a causa de una discapacidad, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage que comience tres meses antes de la fecha de entrada en vigencia de Medicare y que termine tres meses después de la fecha de comienzo de los beneficios de Medicare.

- If you enroll in Medicare during the General Enrollment Period (GEP), you have between April 1- June 30 to select a Medicare Advantage plan.

- There are several opportunities to **change or leave your Medicare Advantage plan**:
- From October 15-December 7, you can change your Medicare Advantage (MA) plan or return to Original Medicare, with the change effective January 1. You can do this by calling 1-800-MEDICARE, enrolling online at www.medicare.gov, or by calling the plan in which you want to enroll.
 - From January 1 – March 31, Medicare Advantage enrollees have one additional opportunity to either 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 by calling the plan directly, or 1-800-MEDICARE; this enrollment will automatically disenroll you from the other Medicare Advantage plan.
 - In you enrolled in a Medicare Advantage plan during your 7-month Initial Enrollment Period, you can change to another Medicare Advantage plan or switch to Original Medicare within the first 3 months you have Medicare.
 - 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.

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.

Tips for Switching Between

Original Medicare and Medicare Advantage

➤ Medicare Advantage → 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 → Medicare Advantage: Enroll in the desired Medicare Advantage plan (this will trigger disenrollment from the original MA plan).

➤ Original Medicare → 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

- Si se inscribe en Medicare durante el Período de Inscripción General (GEP, por sus siglas en inglés), usted tiene del 1 de abril al 30 de junio para seleccionar un plan Medicare Advantage.

- Hay varias oportunidades para **cambiar o dejar su plan Medicare Advantage**:
- 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. Puede hacer esto comunicándose al 1-800-MEDICARE, inscribiéndose en línea en www.medicare.gov o comunicándose con el plan en el que desea inscribirse.
 - Entre el 1 de enero y el 31 de marzo, los afiliados a Medicare Advantage tienen una oportunidad adicional de cambiar 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 inscríbase en el plan en el que desea inscribirse comunicándose directamente con el plan, o al 1-800-MEDICARE. Esta inscripción cancelará de manera automática su inscripción del otro plan Medicare Advantage.
 - Si se inscribió en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción inicial de siete meses, puede cambiar a otro plan Medicare Advantage o regresar a Medicare Original dentro de los primeros tres meses en que tenga Medicare.
 - 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.

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.

Consejos para cambiar entre

Medicare Original y Medicare Advantage

➤ Medicare Advantage → Medicare Original: Seleccione e inscríbase 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.

➤ Medicare Advantage → Medicare Advantage: Inscríbase en el plan de Medicare Advantage deseado (esto provocará su desafiliación del plan original MA).

➤ Medicare Original → Medicare Advantage: Inscríbase 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 2019, 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 can I appeal a decision by my Medicare Advantage plan?

Decisions by your plan not to provide or pay for a service are handled by the plan's claims department. If you are refused Medicare-covered services or denied payment for Medicare-covered supplies or treatments, you must be given a notice which will include your right to appeal.

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.

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 20), can cover all or most of the senior's share of the costs. Medicare Advantage plans are managed care plans, and operate very differently, with their own cost structure that can include premiums,

Preguntas frecuentes sobre los Planes de Medicare Advantage

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

ada 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 2019, este monto máximo de bolsillo (MOOP) 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 apelar una decisión por parte de mi plan Medicare Advantage?

Las decisiones de su plan de no prestar o pagar un servicio están a cargo del departamento de reclamos del plan. En caso de que los servicios cubiertos por Medicare o el pago de suministros o tratamientos cubiertos por Medicare le sean denegados, deberá recibir un aviso que incluirá sus derechos de apelación.

¿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) de Medicare, Livanta, LLC, en el estado de Nueva York, cuyos médicos y demás profesionales revisan la atención prestada a pacientes de Medicare. Puede comunicarse con Livanta al 1-866-815-5440.

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 (ver la página 20), puede cubrir todos o la mayoría de los costos a cargo de la persona mayor. Los planes Medicare Advantage son planes de atención administrados y operan de formas muy distintas, con sus propias estructuras de costos que

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).
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.
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.

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, as Medigap coverage would duplicate your benefits. 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 20.

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 pacientes recién afiliados a Medicare para cada 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 externo a la red.
3. **Medicamentos recetados:** verifique cómo cubriría el plan sus medicamentos recetados (lista de medicamentos cubiertos, restricciones y costos).
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. **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 periodo 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.

¿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 la cobertura de Medigap duplicaría sus beneficios. 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 20.

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). A result of the Medicare Modernization Act of 2003, Medicare Part D adds prescription drug coverage benefits to Medicare's existing health benefits of Part A (hospitalization), Part B (outpatient services), and Medicare Advantage Plans. 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 unlike Parts A or B, as it is not standardized nationally but instead is offered through private-sector companies. Each private company designs its own plan for Medicare consumers. These plans have all entered into a contract with the federal government to provide Medicare Part D drug coverage through the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) which regulates the plans and categories of covered drugs. When you sign up for a Part D plan, you are applying directly to a private company who negotiates the costs of your drugs with pharmacies, and 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 own special needs.

Medicare Part D is offered in one of two ways:

1. **Stand Alone Prescription Drug Plans (PDPs):** these plans ONLY cover prescription drugs and work with original Medicare.
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.

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). Como resultado de la Ley de Modernización de Medicare de 2003, la Parte D de Medicare agregó beneficios de cobertura para medicamentos recetados a los beneficios existentes de Medicare de la Parte A (hospitalización), la Parte B (servicios para pacientes ambulatorios) y los planes de Medicare Advantage. 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 es diferente de las Partes A o B, ya que no está estandarizada en todo el país, sino que se ofrece a través de compañías del sector privado. Cada compañía privada diseña su propio plan para los consumidores de Medicare. Se ha firmado un contrato con el gobierno federal respecto de todos estos planes para prestar cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a través de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS); este contrato regula los planes y las categorías de medicamentos cubiertos. Cuando usted se inscribe en un plan de la Parte D, está realizando una solicitud directamente a una compañía privada que negocia con las farmacias los costos de sus medicamentos y tiene su propia lista de medicamentos cubiertos (formulario) 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):** estos planes SOLO cubren medicamentos recetados y se combinan con Medicare Original.
2. **Planes para medicamentos recetados de Medicare Advantage (MAPD):** son planes de atención administrada, como HMO, PPO 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.

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.

Beneficiaries with higher incomes (above \$85,000 for an individual or \$170,000 for a couple) will pay a surcharge for Part D in addition to their plan premium. The surcharge ranges from \$12.40 to \$77.40 per month in 2019, and may be paid in the same way as the Part B premium, typically as a deduction from one's Social Security check (see page 78 for rate chart), but may be paid directly to the Part D insurer.

Although Part D plans' benefit designs vary, they each include the following minimum levels of coverage in 2019:

- **Deductible** (up to \$415). 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 \$3,820 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** (also known as the "donut hole"). After \$3,820 in total drug costs, you pay about 25% of brand name drug costs and 37% of generic drug cost (plus a nominal pharmacy dispensing fee), until **you** have incurred \$5,100 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 \$5,100 in out-of-pocket expenses). The beneficiary is responsible for the greater of five percent (5%) of drug costs or a copay of \$3.40 for generic medications and \$8.50 for brand-name drugs.

The coverage gap is being gradually reduced. In 2020 there will be a flat 25% co-payment for both brand and generic drugs until the catastrophic coverage is reached.

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.

Los beneficiarios con ingresos más altos (superiores a los \$85,000 en el caso de una persona, o \$170,000 en el caso de una pareja) pagarán un recargo por la Parte D además de la prima de su plan. El recargo varía de \$12.40 a \$77.40 por mes en 2019, y puede pagarse del mismo modo que la prima de la Parte B, por lo general, como deducción de sus ingresos de Seguro Social (consulte la página 78 con el cuadro de cargos), si bien se lo puede pagar de manera directa a la aseguradora de la Parte D.

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 2019:

- **Deducible** (hasta \$415). 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 \$3,820 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).
- **Diferencia de cobertura** (también conocido como "donut hole"). Después de los \$3,820 en costos totales de medicamentos, usted paga alrededor del 25% del costo de los fármacos de marca y el 37% del costo de los medicamentos genéricos (más un cargo mínimo por dispensación de medicamentos), hasta que **haya** incurrido en un costo de bolsillo que ascienda los \$5,100. Esto incluye el deducible (si corresponde) más los copagos o el coseguro pagado hasta alcanzar la Diferencia 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 \$5,100 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 \$3.40 para los medicamentos genéricos y \$8.50 para los medicamentos de marca.

La diferencia de cobertura se está reduciendo en forma gradual. En 2020 habrá un copago fijo del 25% para medicamentos de marca y genéricos hasta que se alcance el monto de cobertura contra situaciones catastróficas.

Enrollment in Medicare Part D

Enrollment in Medicare prescription drug coverage involves choosing a Medicare Prescription Drug 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 by calling 311.

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 Coordinated Election Period (AEP). There are also limited exceptions where a beneficiary would be granted a Special Enrollment Period (SEP) to enroll in a Medicare Prescription Drug Plan or to switch plans outside of the AEP. These include the following situations:

- 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.
- 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:

- Electronically on the internet, either through www.medicare.gov or the plan’s website. HIICAP can assist you with online enrollment.
- 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.

Inscripción en la Parte D de Medicare

La inscripción para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare implica la elección de un Plan de medicamentos recetados (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare 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 comunicarse con el Programa de Información, Asesoramiento y Ayuda sobre Seguros Médicos (HIICAP, por sus siglas en inglés) llamando al 311.

La inscripción en la Parte D puede tener lugar durante el Periodo de inscripción inicial (IEP) de siete meses (ver las 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 periodo anual de elección coordinada (AEP). También hay excepciones limitadas en las que un beneficiario podrá recibir un Periodo especial de inscripción (SEP) para afiliarse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare o cambiar de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- 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.
- 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 país 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 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:

- Electrónicamente en la web, a través de www.medicare.gov o del sitio web del plan. HIICAP puede ayudarlo con la inscripción por Internet.
- 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.

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 coverage (coverage for prescription drugs that is at least as good as the standard Medicare prescription drug coverage), they will have to pay a penalty if they choose to enroll later. The penalty is equivalent to one percent (1%) of the "base premium" (\$33.19 in 2019) 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.

Anyone who enrolls in Part D during the Part D 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 a Part D prescription drug insurance plan 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. Also remember that you may face a late enrollment penalty if you do not enroll when you are first eligible.

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.

Multa por inscripción tardía

Aun si una persona con Medicare no usa en la actualidad gran cantidad de medicamentos recetados, aun así, debería considerar comprar un plan de la Parte D. Si un beneficiario no cuenta con una cobertura acreditable (cobertura para medicamentos recetados que sea, al menos, igual de buena que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare), deberá pagar una multa si elige inscribirse con posterioridad. La multa equivale al uno por ciento (1%) de la "prima base" (\$33.19 en 2019) 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.

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 loable, como de un empleador anterior o sindicato, la Administración de Veteranos (VA) 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 un plan de seguro para medicamentos recetados 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), 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. Además, recuerde que puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía si no se inscribe cuando reúne los beneficios por primera vez.

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.

- **Tiers:** Most 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.

How do I select a Part D plan?

To select a Part D plan, it is best to use the personalized Planfinder tool at www.medicare.gov. You can either do a personalized search, whereby you input your personal Medicare information, or a general search, where you only include your zip code.

Follow the Planfinder prompts and input the names of the medications you are currently taking or expect to take in the upcoming year, along with the dosages and quantities needed for a 30-day supply. 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 two 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. The listing sorts the plans from least expensive to most expensive. 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. If you would like help using the plan finder, please contact a HIICAP counselor by calling 311 and asking for HIICAP.

- **Niveles:** la mayoría de los planes de la Parte D dividen su formulario (lista de medicamentos cubiertos) en niveles y alientan el uso de los medicamentos del nivel más bajo, asignando diferentes copagos o coseguros a los diferentes 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 formulario, 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 alternativa:** 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 periodo. Por ejemplo, es posible que un plan cubra un suministro de un medicamento por 30 días únicamente.

¿Cómo elijo un Plan de la Parte D?

Para elegir un plan de la Parte D, es mejor usar la herramienta de búsqueda personalizada de planes disponible en www.medicare.gov. Puede hacer una búsqueda personalizada, en la que ingresa su información personal de Medicare o, una búsqueda general, en la que solo incluye su código postal.

Siga las indicaciones del buscador de planes e ingrese los nombres de los medicamentos que toma en la actualidad o que espera tomar el próximo año, junto con las dosis y la cantidad que necesita para un suministro de 30 días. Es mejor solicitar al farmacéutico una lista de sus medicamentos antes de iniciar este proceso.

Se le pedirá que seleccione hasta dos 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. El listado clasifica los planes desde el más económico hasta el más costoso. 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. Si necesita ayuda para usar el buscador de planes, comuníquese con un asesor de HIICAP llamando al 311 y solicite hablar con HIICAP.

Extra Help with Drug Plan Costs for People with Limited Incomes

The Social Security Administration (SSA), through which people sign up for Medicare Parts A and B, 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.

Full Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, \$1,386 for an individual/\$1,872 for couples in 2018 (estimated to be \$1,405 individual/\$1,902 couples in 2019), and resources up to \$9,230 for individual/\$14,600 for couples in 2019. These resource amounts 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 \$39.33 in 2019).
- No deductible.
- Reduced co-pays, depending on income - beneficiaries with incomes up to 100% of the Federal Poverty Level will have co-pays of \$1.25 for generic and \$3.80 for brand name prescriptions. All others with full Extra Help will have co-pays limited to \$3.40 for generic and \$8.50 for brand name prescriptions.

Partial Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level, \$1,538 for an individual/\$2,078 for couples in 2018 (estimated to be \$1,561 individual/\$2,113 couples in 2019), and resources up to \$14,390 for an individual/\$28,720 for couples in 2019. These resource amounts 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 \$85.
- 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), a través de las personas que se afilian a las Partes A y B de Medicare, subsidia el costo del plan de la Parte D para los beneficiarios de Medicare con ingresos más bajos y recursos limitados. La Parte D del plan paga el subsidio directamente. El programa se denomina Programa de subsidio para las personas con ingresos bajos (LIS), también conocido como Ayuda Extra.

La Ayuda Extra Completa es para los beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 135% del Nivel Federal de Pobreza, \$1,386 para una persona/\$1,872 para las parejas en 2018 (se estima que será \$1,405 para una persona/\$1,902 para las parejas en 2019), y con recursos de hasta \$9,230 para una persona/\$14,600 para las parejas en 2019. Los importes de estos 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 \$39.33 en 2019).
- No deducible.
- Los copagos reducidos, según el ingreso: beneficiarios con ingresos de hasta el 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.25 para los medicamentos recetados genéricos y de \$3.80 para los medicamentos recetados de marcas comerciales. Todos los demás beneficiarios que reciban el Programa de Ayuda Extra completo tendrán copagos limitados a \$3.40 para los medicamentos recetados genéricos y a \$8.50 para los medicamentos recetados de marca comercial.

La **Ayuda Extra Parcial** es para los beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 150% del Nivel Federal de Pobreza, \$1,538 para una persona/\$2,078 para las parejas en 2018 (se estima que será \$1,561 para una persona/\$2,113 para las parejas en 2019), y con recursos de hasta \$14,390 para una persona/\$28,720 para las parejas en 2019. Los importes de estos 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 \$85.
- Copagos reducidos, se paga el menor del 15% de los costos del medicamento o costos compartidos del plan.

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, and if you qualify, you will receive a Special Enrollment Period for selecting a Medicare Part D drug plan, and you may change your Part D plan at any time of the year. Individuals with Extra Help will not be subject to a late enrollment penalty in Part D.

There are cases where someone is eligible for Extra Help but not enrolled in a Part D plan – perhaps with Medicaid, SSI, or a Medicare Savings Program. 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.

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 la Ayuda Extra en cualquier momento del año y, si reúne los requisitos, se le otorgará un período especial de inscripción para elegir un plan de medicamentos de la Parte D de Medicare; asimismo, podrá cambiar su plan de la Parte D en cualquier momento del año. Los beneficiarios del programa de Ayuda Extra no estarán sujetos a una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Hay casos en los que alguien es elegible para obtener Ayuda Adicional pero no está inscrito en un plan Parte D, tal vez con Medicaid, el programa SSI o un Programa de Ahorros de Medicare. El Programa de Transición para Personas Recién Puede ser de utilidad el Programa de Transición para las personas Recientemente Elegibles con Ingresos Limitados (LINET), que administra Humana. El programa LINET puede otorgarle cobertura retroactiva o temporaria para medicamentos recetados mientras usted se inscribe en un plan Parte D. Podrá necesitar documentación de Más Evidencia Disponible que indique que usted es elegible para recibir Ayuda Adicional, como una carta de asignación de Medicaid, una carta de asignación del programa MSP o prueba del programa 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. EPIC enrollees may purchase prescriptions at 4,500 participating pharmacies across New York.

EPIC works as secondary coverage to Medicare Part D to lower drug costs. 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 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. Members pay a reduced price for prescriptions depending on the cost of the medication under their Part D plan. For example: for a prescription costing between \$15 and \$35, they pay \$7. The highest EPIC co-pay is \$20 for a 30-day prescription, regardless of the price of the prescription under the Part D plan.

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. After paying the fee, participants pay the EPIC co-pay for their medications. 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.

EPIC pays the Part D monthly premium for Fee Plan members, up to \$39.33 per month in 2019. In addition, EPIC members with full Extra Help (see page 38) will have their EPIC fees waived.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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) 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. Los afiliados de EPIC podrán comprar medicamentos en 4,500 farmacias participantes de todo el estado de Nueva York.

EPIC funciona como cobertura secundaria de la Parte D de Medicare para bajar los costos de los medicamentos. 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).

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. Los afiliados pagan una tarifa reducida por los medicamentos recetados, según el costo del medicamento en su plan de la Parte D. Por ejemplo, por un medicamento cuyo costo es de entre \$15 y \$35, estos afiliados pagan \$7. El copago más alto de EPIC es de \$20 para una receta de 30 días, independientemente del precio de la receta según el plan de la Parte D.

PLANES DE CARGOS Y DE DEDUCIBLE DE LA EPIC

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

El Plan de cargos de la 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. Después de pagar el arancel, los participantes pagan el copago correspondiente a sus medicamentos según la EPIC. 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 la EPIC.

EPIC paga la prima mensual de Parte D para miembros del Plan de cargos, hasta \$39.33 por mes en 2019. Además, los miembros de la EPIC con el programa Ayuda Extra completo (vea la página 38) quedarán exentos de pagar la tarifa de la EPIC.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 \$39.33 per month in 2019) 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 (approximately \$472 in 2019).

After a Deductible Plan member reaches his/her deductible, all that they will need to pay is the EPIC co-payment for covered drugs. 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 33), 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 la 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 la 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 la 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.

La EPIC paga la prima mensual de la Parte D (hasta \$39.33 por mes en 2019) 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 la EPIC se reducirá según el costo anual de un plan básico Parte D (aproximadamente \$472 en 2019).

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

INFORMACIÓN ÚTIL

- ✓ Los miembros de EPIC sin Ayuda Extra pueden considerar un plan de la Parte D sin deducible; EPIC no cubre medicamentos recetados comprados durante el período de deducible 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 la EPIC con la Parte D de Medicare?

La ley de Nueva York exige que los miembros de la EPIC se inscriban en un plan de la Parte D de Medicare (consulte Parte D de Medicare, en la página 33) y, por lo tanto, si alguna persona no se puede inscribir en la Parte D por cualquier razón, no es elegible para la EPIC.

Puede inscribirse en la EPIC en cualquier momento del año. Aunque no tenga un plan de la Parte D en el momento de la inscripción en la 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 "donut hole" (the Part D coverage gap), and during catastrophic coverage, as long as the drugs are first covered by your Part D plan. Approved Part D excluded drugs can be covered by EPIC first for those enrolled in Part D drug plans. 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 stand-alone Part D plan with Original Medicare) one additional time each year.

EPIC and Extra Help

EPIC members who appear to be income eligible for Extra Help for paying for Medicare Part D costs (see page 38) are required 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 also be submitted to New York State's Medicaid program to assess eligibility for a Medicare Savings Program (see page 45) to help pay for the Medicare Part B premium.

La cobertura de la Parte D es primaria y la cobertura EPIC es siempre secundaria. El afiliado paga el copago de la 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 la EPIC, usted pagaría el copago de la EPIC por un medicamento de \$20, que es de \$7. Además, la EPIC lo cubrirá después de haber alcanzado cualquier deducible de Parte D, incluso durante el nivel inicial de cobertura, la brecha de cobertura de Parte D, y durante la cobertura de gastos catastróficos, siempre que los medicamentos estén cubiertos por el plan Parte D en primer lugar. Los medicamentos excluidos de Parte D aprobados pueden estar cubiertos por el EPIC, en primer lugar, para las personas que están inscritas en los planes de medicamentos de Parte D. La EPIC será un pagador secundario de los afiliados al plan Parte D que usan determinadas farmacias participantes con entrega por correo postal de la EPIC, incluso si dicha farmacia con entrega por correo postal se encuentra fuera del estado de Nueva York. (La 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).

La 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 Periodo 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 independiente con Medicare Original) una vez más cada año.

La EPIC es el "SPAP" (Programa de Asistencia Farmacéutica Estatal) del Estado de Nueva York. Los miembros de SPAP tienen un Periodo Especial de Inscripción (SEP), que les permite inscribirse en el plan de la Parte D o cambiar de planes de la Parte D (un plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D o un plan de la Parte D independiente) una vez adicional cada año.

EPIC y Ayuda Extra

Los miembros de EPIC que reúnen los requisitos de ingresos para que Ayuda Extra cubra los costos de Parte D de Medicare (ver la página 38) deben completar un formulario adicional denominado Solicitud de Información Adicional (RAFI) 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 presentada ante el programa Medicaid del estado de Nueva York, a fin de evaluar la elegibilidad para el Programa de Ahorros de Medicare (ver la página 45) con el objetivo de ayudarlo a pagar la prima de la Parte B de Medicare.

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

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 type of 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 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

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 poco probable que las personas con cobertura para medicamentos de planes de empleadores o para jubilados tengan cobertura de EPIC, ya que sería muy probable que la inscripción en un plan de la Parte D pusiera en riesgo su cobertura del plan de empleador o para jubilados. No obstante, en ocasiones la cobertura de medicamentos conforme a un plan del empleador/para jubilados se considera un tipo de 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 la EPIC

- Puede comunicarse telefónicamente con EPIC al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138) para pedir la 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 a EPIC por Internet 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.

BigAppleRx PRESCRIPTION DRUG DISCOUNT CARD

BigAppleRx is a free New York City sponsored prescription drug discount card. The Big Apple Rx card is free and available to everyone living in, working in or visiting the City, regardless of age, income, citizenship or health insurance status. No personal information or enrollment is required to use the card. The card is accepted at more than 2,000 pharmacies, including chain and independent stores throughout the five boroughs. Only one card is needed per family and there is no limit as to how many times the card can be used.

The card is not insurance. When the card is presented at a participating pharmacy, a discount is taken off the regular price of the prescription. Consumers can save on average 18% on brand name drugs and 55% on generics. Discounts also apply to over-the-counter medications such as smoking cessation aids and diabetic supplies with a doctor's prescription. Cardholders can also purchase prescription through a mail order service and at participating pharmacies nationwide.

The card cannot be used in combination with any other discount card or with insurance. However, it can be used to get medications that the user's insurance does not pay for, or to purchase items that would be less expensive using the card than using the consumer's prescription drug insurance plan. Those with Medicare Part D can use the card to save on prescriptions if/when they have to pay the full cost of their medications.

Receipts from using the BigAppleRx card might count toward meeting an insurance plan's deductible. Consumers should first check with their insurer to find out whether their plan would accept such receipts.

TIP:

If you have an IDNYC card, you may use your IDNYC card for the same discount as BigAppleRx. Simply show the BIN and GRP numbers on the back of your card to the pharmacist.

By visiting www.BigAppleRx.com or calling 311 or 1-888-454-5602, you can:

- Get more information on the BigAppleRx card.
- Get a card.
- Find a participating local pharmacy.
- Find out how much a prescription would cost using the card.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

BigAppleRx TARJETA DE DESCUENTO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

BigAppleRx es una tarjeta gratuita de descuentos para medicamentos recetados financiada por la ciudad de Nueva York. La tarjeta BigAppleRx es gratuita y está disponible para todos los que vivan, trabajen o visiten la ciudad, independientemente de su edad, ingresos, nacionalidad o condición frente al seguro médico. No es necesario otorgar ninguna información personal ni inscribirse para usar la tarjeta. La tarjeta se acepta en más de 2,000 farmacias, incluidas cadenas y tiendas independientes de los cinco distritos. Solo se necesita una tarjeta por familia, y no hay límites en cuanto a la cantidad de veces en que puede usarse la tarjeta.

La tarjeta no es un seguro. Cuando se presenta la tarjeta en la farmacia adherida, se aplica un descuento sobre el precio habitual del medicamento recetado. Los consumidores pueden ahorrar un promedio del 18% en medicamentos de marca y un 55% en medicamentos genéricos. También se aplican descuentos a los medicamentos de venta libre, como agentes para dejar de fumar y suministros para diabéticos, con la receta del médico. Los titulares de la tarjeta pueden, además, adquirir los medicamentos recetados a través de un servicio de pedido por correo y en todas las farmacias adheridas del país.

No puede emplearse la tarjeta en combinación con otras tarjetas de descuento o el seguro. No obstante, puede emplearse para obtener medicamentos que el seguro del usuario no pague, o para comprar elementos que serían menos costosos si se emplea la tarjeta que si se usa el plan de seguro para medicamentos recetados del consumidor. Las personas que cuentan con cobertura de la Parte D de Medicare pueden usar la tarjeta para ahorrar en los medicamentos recetados solo si deben pagar el costo total de sus medicamentos.

Los recibos por el uso de la tarjeta BigAppleRx podrían computarse para alcanzar el deducible del plan de seguro. Los consumidores deben consultar con su asegurador si su plan acepta estos recibos.

Consejo:

Si tiene una tarjeta IDNYC, puede usarla para obtener el mismo descuento que BigAppleRx. Solo debe mostrar al farmacéutico los números BIN y GRP que aparecen al dorso de su tarjeta.

Si visita www.BigAppleRx.com o llama al 311 o al 1-888-454-5602, podrá:

- Obtener más información sobre la tarjeta BigAppleRx.
- Obtener la tarjeta.
- Encontrar las farmacias participantes en su localidad.
- Averiguar cuánto le costará el medicamento recetado si usa la tarjeta.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.

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.
- 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.
- Qualified Working and Disabled Individual (QWDI):** This program pays for the Medicare Part A premium only, not Part B. The applicant must be a disabled worker under age 65 who lost Part A benefits because of return to work.

2018 MSP Monthly Income and Resource Limits (after any deductions/exclusions)				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,025	No Limit	\$1,374	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,226	No Limit	\$1,644	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,377	No Limit	\$1,847	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) de la ciudad de Nueva York.

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):** 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 QBM no son responsables de ningún costo compartido de Medicare.
- Programa específico para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (SLMB):** este programa paga la prima de 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.
- Personas calificadas (QI):** 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.
- Personas calificadas discapacitadas y en actividad laboral (QWDI):** este programa paga solo la prima de Parte A de Medicare, no de la Parte B. El solicitante debe ser un trabajador discapacitado menor de 65 años que perdió los beneficios de la Parte A debido a su reincorporación al trabajo.

Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP de 2018 (después de deducciones/exclusiones)				
	Soltero		Pareja casada	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
QMB: 100% del FPL	\$1,025	Sin límite	\$1,374	Sin límite
SLMB: 120% del FPL	\$1,226	Sin límite	\$1,644	Sin límite
QI: 135% del FPL	\$1,377	Sin límite	\$1,847	Sin límite

2019 ESTIMATE MSP Monthly Income and Resource Limits (after any deductions/exclusions)				
	Single		Married Couple	
	Income	Resources	Income	Resources
QMB: 100% FPL	\$1,040	No Limit	\$1,409	No Limit
SLMB:120% FPL	\$1,249	No Limit	\$1,691	No Limit
QI: 135% FPL	\$1,405	No Limit	\$1,902	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 311 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>.

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 38).
- If you apply for Extra Help at a Social Security Administration you can be considered as applying for QMB, SLMB or QI. SSA will forward your information to New York State to be considered for MSP eligibility.
- You do not need to go to a Medicaid office to apply for an MSP.
- Even if you are still working you may qualify for a Medicare Savings Program.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

ESTIMACIÓN 2019 Límites mensuales de ingresos y recursos para los MSP (después de deducciones/exclusiones)				
	Soltero		Pareja casada	
	Ingresos	Recursos	Ingresos	Recursos
QMB: 100% del FPL	\$1,040	Sin límite	\$1,409	Sin límite
SLMB: 120% del FPL	\$1,249	Sin límite	\$1,691	Sin límite
QI: 135% del FPL	\$1,405	Sin límite	\$1,902	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 al 311 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, que se obtiene 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>.

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 38).
- Si usted solicita Ayuda Extra a la Administración del Seguro Social, puede que se considere que está solicitando QMB, SLMB o QI. La Administración del Seguro Social enviará su información al estado de Nueva York para su consideración en la elegibilidad de MSP.
- No es necesario ir a una oficina de Medicaid para solicitar un MSP.
- Incluso si todavía trabaja, podrá ser elegible para un programa de ahorros de Medicare.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.
- 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 you are working full time.

¿Qué cuenta como Ingresos al Solicitar un programa MSP?

- Ingresos incluye salarios de un empleador o por un trabajo autónomo. También incluye fondos recibidos mensualmente, tales como Seguridad Social, pensiones, Beneficios a Veteranos, Seguro de Desempleo, etc.
- Hay ciertas exclusiones en los ingresos que pueden reducir el monto de dinero a tener en cuenta para determinar la elegibilidad para el programa MSP. Pueden incluir primas del seguro médico que se pagan, como por ejemplo: primas de Medigap, primas por un Plan de Seguro de Atención Prolongada, primas por seguro médico para jubilados y seguro odontológico.

Nota: Estos programas exigen que esté cobrando algún beneficio de Seguro Social para el cual resulte elegible, a menos que tenga un empleo de jornada completa.

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.
- 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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.
- 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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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 a Medicare a detectar prácticas fraudulentas o abusivas están ahorrando dinero a Medicare y a sí mismos.

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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 59 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

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
- Servicios de diagnóstico
- Servicios ocupacionales
- Servicios clínicos
- Servicios de exámenes de detección
- Servicios de rehabilitación
- Atención en residencias para enfermos terminales
- Rehabilitación fonoaudiológica
- Servicios relacionados con la tuberculosis (TB)
- Servicios de salud mental
- Enfermería privada
- Audífonos
- 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 59 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 \$859 for single individuals/\$1,267 for married couples, and an **asset** limit of \$15,450 (plus \$1,500 in a burial fund) for single individuals/ \$22,800 (plus \$3,000 in burial funds) for married couples in 2019.

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 (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 a complete listing of how Medicaid counts income and assets, visit the Medicaid Reference Guide at https://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 45 for more information).

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 https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply.

- **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 \$859 para personas solteras, viudas o divorciadas/\$1,267 para matrimonios, y un límite de **bienes** de \$15,450 (más \$1,500 en un fondo para sepelio) para personas solteras, viudas o divorciadas/\$22,800 (más \$3,000 en fondos para sepelio) para matrimonios en 2019.

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 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 obtener una lista completa de la manera en que Medicaid cuenta los ingresos y los bienes, visite la Guía de referencia de Medicaid en https://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 45 para obtener más información).

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 el complemento A. Se puede acceder a las solicitudes y las instrucciones en inglés y español en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply.

Where do I submit the application?

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

- Contact a facilitated enroller near you for assistance. HIICAP counselors can direct you to an agency in your borough or you can visit <http://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 77 for a list of Medicaid offices, or call 311 and ask for the Human Resources Administration, or visit <http://www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-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 should mail 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.

¿Dónde debo presentar la solicitud?

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

- 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 <http://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> para obtener una lista de facilitadores.
- Puede visitar su oficina local de Medicaid: puede obtener asistencia para completar la solicitud personalmente en la oficina o acercarse a dejar una solicitud completada. Consulte la página 77 para encontrar una lista de oficinas de Medicaid, llame al 311 para hablar con la Administración de Recursos Humanos o visite <http://www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page>.
- Puede enviar una solicitud por correo postal. Envíe la solicitud llena 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 le enviará por correo 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.

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.

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 38) 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, and only pay modest co-pays for their prescriptions. Dual eligibles with incomes under 100% of the Federal Poverty Level (FPL) will have co-pays of \$1.25 for generic/\$3.80 for brand name prescriptions in 2019. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of \$3.35 for generic/\$8.50 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.

Because dual eligibles automatically receive Extra Help, they can change how they get their Part D benefits 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, and then again during the Annual Election Period (October 15 – December 7), with the change effective January 1. (Note: Individuals with Medicaid-only do not enroll in a Medicare Part D plan.)

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.

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. Aquí figuran las diferentes formas en que estos afiliados pueden acceder a los 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 38), 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 y pagará solo copagos bajos por los medicamentos recetados. En 2019, los afiliados dobles con ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) tendrán copagos de \$1.25 para medicamentos recetados genéricos y de \$3.80 para medicamentos recetados de marca. Quienes tengan ingresos por encima del 100% del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$3.50 para medicamentos recetados genéricos y de \$8.35 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.

Debido a que los elegibles dobles reciben automáticamente Ayuda Extra, ellos pueden cambiar la manera de obtener los beneficios de su Parte D una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (enero - marzo, abril - junio, julio - septiembre). La nueva cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente y luego, nuevamente, durante el Período de elección anual (15 de octubre a 7 de diciembre), cuya entrada en vigencia será el 1 de enero. (Nota: las personas que solo tienen Medicaid no se inscriben en un plan de la Parte D de Medicare).

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.
2. If you are required to enroll in a 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 **four 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. 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. This is the most flexible of the managed long-term care plan options, as you can maintain your current Medicare and Medicaid provider arrangements.

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. Si debe inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo, 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 **cuatro 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, audiología, odontología y optometría. 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. 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.

- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** MAPlus plans provide ALL Medicaid AND Medicare services, including long-term care services. Members receive all Medicaid and Medicare 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.
- **Fully Integrated Dual Advantage (FIDA):** FIDA plans provide all Medicare and Medicaid services, including home care services and Medicare Part D drug coverage, in a single plan. There are no copays or deductibles, including for prescription drugs, though prescription drugs need to be on the plan's formulary. In addition, FIDA enrollees will not have to pay the Part B premium, regardless of whether they are enrolled in a Medicare Savings Program (see page 45).

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
- FIDA: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/fida/
- Plan Directory:
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/.

- **Medicaid Advantage Plus (MAPlus):** los planes MAPlus ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención prolongada. Los afiliados reciben todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare del mismo plan y deberán utilizar prestadores de la red.
- **Programas de atención integral para las personas mayores (PACE):** los planes PACE ofrecen TODOS los servicios de Medicare Y Medicaid, incluso servicios de atención prolongada. 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.
- **Plan completo e integrado para afiliados dobles (FIDA, por sus siglas en inglés):** los planes FIDA ofrecen todos los servicios de Medicare y Medicaid, incluidos los servicios de atención a domicilio y de cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare, en un mismo plan. No se pagan copagos ni deducibles, lo que incluye los medicamentos recetados, si bien estos deben figurar en la lista de medicamentos cubiertos del plan. Además, los inscritos a FIDA no tendrán que pagar la prima de la Parte B, independientemente de si están inscritos o no en un programa de ahorros de Medicare (consulte la página 45).

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
- FIDA: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/fida/
- Directorio del plan:
https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

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/.

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 will now 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, PACE or FIDA).
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, PACE or FIDA plan, you also need to get your Part D drug coverage through that plan; the Planfinder, at www.medicare.gov, should have the prescription drug information for these plans online.
3. To enroll in the plan, call NY Medicaid Choice at 1-888-401-6582. NY Medicaid Choice should also be able to help you select a plan.

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. New York Medicaid Choice (Maximus) handles enrollment for Medicaid managed long-term care and can be reached at 1-888-401-6582. The change must be requested by the 19th of the month for the new plan to be effective the first of the following month.

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, mainstream Medicaid (with long-term care services) and FIDA. 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 their 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 they have a spouse still living in the home.

¿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 domiciliar que cubre Medicaid. Estas personas ahora pagarán su exceso de gastos de Medicaid al plan de salud. Si un miembro no paga el exceso de gastos, el plan puede cancelar la afiliación del miembro.

¿Cómo elijo un plan?

1. Decidir qué clase de plan se adecuaría mejor a sus necesidades (MLTC, MAPlus, PACE o FIDA).
2. Consultar 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, PACE o FIDA, también debe recibir su cobertura para medicamentos de la Parte D a través de ese plan; el buscador de planes, en www.medicare.gov, incluirá en línea 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. NY Medicaid Choice también debería poder ayudarle a seleccionar un plan.

¿Cómo determinará el plan cuántas horas de atención domiciliar 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 prolongada?

Puede cambiar planes en cualquier momento. New York Medicaid Choice (Maximus) gestiona la inscripción para la atención administrada a largo plazo; su número de contacto es 1-888-401-6582.

El cambio debe solicitarse antes del día 19 del mes para que el nuevo plan entre en vigencia el primer día del mes siguiente.

¿Cómo puedo obtener Ayuda con los Planes de Atención Prolongada Administrada?

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) es el programa del defensor del pueblo del estado de Nueva York para personas que reciben servicios de atención prolongada a través de atención administrada por Medicaid, incluyendo planes MLTC, MAPlus, PACE, Medicaid convencional (con servicios de atención prolongada) y FIDA. 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 del hogar de ancianos, la mayor parte de sus 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 tienen un cónyuge que aún vive en la residencia para ancianos.

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.

Once an application for Institutional Medicaid has been approved, individuals will be notified that they must select a managed long term care plan within 60 days in order to continue receiving Institutional Medicaid. If they have Medicare, they will have to choose a managed long-term care plan (MLTC, MAPlus, PACE or FIDA). If they want to stay in the same nursing home, they must pick a plan that contracts with that facility (unless they choose a FIDA plan, since FIDA plans must cover an out-of-network nursing home if that is where the individual resides when they enroll). NY Medicaid Choice can help individuals pick the best plan for them. If they do not pick a plan, they will be auto-assigned to one that contracts with their nursing home.

Esta institución debe ayudar a preparar y presentar la solicitud para Institutional Medicaid (programa de Medicaid). Además de la solicitud regular de Community Medicaid, uno 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 \$123,190 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.

Una vez aprobada la solicitud para Institutional Medicaid, se informará a las personas que deberán elegir un plan de atención administrada de largo plazo dentro de los sesenta (60) días para continuar recibiendo Institutional Medicaid. Si el beneficiario tiene Medicare, tendrá que elegir un plan de atención administrada a largo plazo (MLTC, MAPlus, PACE o FIDA). Si desea permanecer en la misma residencia para ancianos, debe elegir un plan que contrate dicha instalación (a menos que seleccione un plan FIDA, ya que los planes FIDA deben cubrir una residencia para ancianos fuera de la red si la persona ya reside en ese lugar al momento de inscribirse). NY Medicaid Choice puede ayudar a las personas a elegir el plan que más les conviene. Si no seleccionan un plan, se les asignará de manera automática uno que tenga contrato con la residencia para ancianos donde residen.

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.

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 through the Marketplace and 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.
- An **Essential Plan:** Income from 138-200% FPL for those under 65. Can apply year-round.
- A **“Qualified Health Plan”** (QHP), with or without a federal subsidy. 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 navigator.
- Call the New York State of Health Customer Service Center at 1-855-355-5777.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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 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 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.

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 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 discapacitadas. Se puede presentar solicitud durante todo el año.
- **Plan Esencial:** ingresos del 138% al 200% del nivel federal de pobreza para las personas menores de 65 años. Se puede presentar solicitud durante todo el año.
- **“Plan de Salud Calificado”** (QHP, por sus siglas en inglés), con o sin subsidios del estado federal. 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 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.
- Llame al Centro de Servicio al Cliente de New York State of Health al 1-855-355-5777.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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. Anyone who is a citizen or a legal permanent resident residing in New York can 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. You will get your Medicaid through the Marketplace.
- 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 (and enroll in a Medicare Advantage plan or though you may want to explore supplemental coverage to help pay for what Medicare does not cover). See page 20 for information on Medigap insurance.
- You do not need to enroll in other health insurance if you have comprehensive health insurance coverage through TRICARE, the Veterans Health Program, a plan offered by an employer, insurance that you have bought on your own that is at least at the Bronze level (as determined by the Marketplace - see below), or a grandfathered health plan that was in existence before the health reform law was enacted. If you are unsure whether your coverage is sufficient, it is best to reach out to your plan to verify.

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 \$1,436 monthly for individuals/\$1,944 for couples in 2019, may qualify for Medicaid. Children up to age 19 can qualify for Medicaid at higher income levels. There is no asset limit for these populations. Individuals will receive their Medicaid benefits through a managed care plan (HMO), which should be selected at the time of application.

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. Todos los ciudadanos o residentes permanentes legales de Nueva York pueden contratar un plan a través del New York Marketplace.

¿Cómo interactúa otro seguro con los planes del Mercado?

- Si tiene Medicaid, no necesita contratar otro seguro médico. Usted obtendrá su Medicaid a través del Mercado.
- Si tiene Medicare, no necesita contratar un seguro médico a través del Marketplace. Por lo general, las personas que tienen Medicare NO PUEDEN inscribirse en un plan del 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 Marketplace. Cuando resulte elegible para Medicare, puede abandonar su plan del Mercado e inscribirse en un plan Medicare Advantage, o quizá decida considerar una cobertura complementaria para ayudar a pagar los costos que Medicare no cubre. Consulte la página 20 para obtener información sobre la cobertura de seguro de Medigap.
- No necesita inscribirse en otro seguro médico si tiene una cobertura de seguro médico integral a través de TRICARE, el Programa de Salud para Veteranos, un plan ofrecido por un empleador, un seguro que usted haya contratado por su cuenta y que tenga como mínimo el nivel Bronce (según lo determina el Marketplace, consulte a continuación), o un seguro médico patrocinado que existía antes de la sanción de la ley de reforma de salud. Si usted no está seguro de si su cobertura es suficiente, es mejor que consulte a su plan para verificarlo.

MEDICAID PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS QUE NO SON CIEGAS NI 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 son elegibles 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 (aproximadamente \$1,396 al mes para una persona/\$1,892 para una pareja en 2018) 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 límite de bienes para las personas en este grupo. Recibirán sus beneficios de Medicaid a través de un plan de atención administrada (HMO), que deberá seleccionarse en el momento de presentar la solicitud.

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.

Recertifying for Medicaid

Medicaid recertification happens annually. You must respond to mailings in order to be evaluated for ongoing Medicaid benefits.

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. **Exception: Parents/Caretaker relatives of minor children are allowed to maintain Medicaid through the NY State of Health and also have Medicare.**

- **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 (see next section). 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 Parts A, B and D (Original Medicare or a Medicare Advantage plan) during the 7-month Initial Enrollment Period (see page 5 for more information), since applying for Medicare is a condition of having Medicaid if over 65.

If 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 38) for the remainder of the calendar year, and NY State of Health will refund the Part B premiums for the period they continue 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 53 for information on how Medicare and Medicaid work together).

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.

Recertificación para Medicaid

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.

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

Las personas con Medicaid a través del Mercado no pueden conservar la cobertura del Mercado cuando alcanzan la edad de 65 años o cuando obtienen Medicare por 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.**

- **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 (consulte la sección siguiente). 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 periodo 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 las Partes A, B y D de Medicare (Medicare Original o el plan Medicare Advantage) durante el Período de inscripción inicial de 7 meses (ver página 5 para obtener más información), ya que solicitar Medicare es una condición para tener Medicaid si tiene más de 65 años.

Si la elegibilidad 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 38) durante el resto del año calendario, y NY State of Health reintegrará las primas de la Parte B correspondientes al período en el que continúen con la 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 53 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 Medicaid case gets transferred from NY State of Health to HRA. Clients should now use their NY State Benefits Card and access fee-for-service Medicaid from any provider who accepts Medicaid. Medicare is their primary health insurer, and Medicaid is their secondary insurance. They will maintain Medicaid coverage through the end of their 12-month Medicaid authorization period. HRA will mail forms about three months before the end of the 12-month authorization period 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. Individuals will have full Extra Help (see page 38) for the remainder of the calendar year.

THE ESSENTIAL PLAN

The **Essential Plan** is for people under age 65 with monthly incomes between 138-200% FPL, estimated at \$1,436-\$2,081 for individuals/\$1,944-\$2,818 for a household of two in 2019. Those in the Essential Plan can select a Basic Health Program in which to enroll. 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 \$1,436-\$1,561 for individuals/\$1,944-\$2,113 for a household of two in 2019) 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 \$1,561-\$2,081 for individuals/\$2,113-\$2,818 for a household of two in 2019) 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 caso de Medicaid se transfiere de NY State of Health a la HRA. En este momento, los clientes deberán 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. Medicare es la principal aseguradora médica, y Medicaid es la secundaria. Estas personas conservan la cobertura de Medicaid hasta el final del período de autorización de doce (12) meses de Medicaid. La HRA enviará formularios por correo alrededor de tres meses antes de la finalización del período de autorización de 12 meses para evaluar la elegibilidad continua de 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. Las personas tendrán Ayuda Extra completa (ver página 38) durante el resto del año calendario.

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 \$1,436-\$2,081 al mes para una persona/\$1,944-\$2,818 al mes para un hogar de dos personas en 2019. Quienes se encuentran en el Plan Esencial pueden seleccionar un Programa médico básico en el cual inscribirse. 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 \$1,436-\$1,561 para una persona/\$1,944-\$2,113 para un hogar de dos personas en 2019) 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 \$1,561-\$2,081 para una persona/\$2,113-\$2,818 para un hogar de dos personas en 2019) pagan \$20 por mes por la cobertura, \$0 de deducible y copagos bajos, con un máximo anual de gastos de bolsillo de \$2,000.

Las personas inscritas en un plan Esencial que resultan elegibles para Medicare dejan de ser elegibles 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 \$49,960 for individuals and \$103,000 for a family of four in 2019), 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 from November 1, 2018 through January 31, 2019. 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.

PLAN MÉDICO CALIFICADO

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 (estimación de \$49,960 para una persona y \$103,000 para una familia de cuatro personas en 2019), 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 puede inscribirme en un Plan Médico Calificado?

La inscripción abierta al Marketplace tiene lugar desde el 1 de noviembre de 2018 hasta el 31 de enero de 2019. 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 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 resulten elegibles 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 sanción por inscripción tardía.

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.

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.

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.

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 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. This includes: new applicants who are non-service connected and 0% service connected Veterans without special eligibility factors; Veterans who seek exemption from medication copayments; and Veterans who want to establish eligibility for beneficiary travel. In lieu of annual financial reporting, VA will simply confirm the Veteran's continued ability to pay applicable copayments for health care and medications, as well as eligibility for beneficiary travel benefits, using information obtained from the Internal Revenue Service (IRS) and Social Security Administration (SSA).

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 <http://nationalincomelimits.vaftl.us/LegacyVAThresholds/Index?FiscalYear=2019>.

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

Types of Copayments:

1. **Medication:** Copayments are broken down into three tiers: 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.

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 el VA. Los veteranos pueden solicitar cobertura en cualquier momento. La cantidad de dinero que el Congreso otorga a la VA cada año determina la cantidad de Veteranos que pueden inscribirse en un programa de atención médica. Como los fondos son limitados, la 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. Esto incluye a nuevos solicitantes que son Veteranos con afecciones que no están relacionadas con el servicio o que lo están a un 0% sin factores de elegibilidad especiales, Veteranos que buscan la exención de los copagos de medicamentos y Veteranos que desean establecer su elegibilidad para obtener viajes de beneficiarios. En lugar de presentar informes financieros anuales, la VA solo confirmará la continuación de la capacidad del Veterano para pagar copagos vigentes de atención médica y medicamentos, además de su elegibilidad para obtener beneficios de viajes de beneficiarios. Para ello, utilizará la información obtenida del Servicio de Impuestos Internos (IRS) y de la Administración del Seguro Social (SSA).

A partir de 2015, la 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 conocer más sobre los umbrales de ingresos nacionales de la VA y calcular la prueba específica de medios geográficos (GMT), visite <http://nationalincomelimits.vaftl.us/LegacyVAThresholds/Index?FiscalYear=2019>.

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: 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. **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
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.

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. TRICARE benefits consist of: TRICARE Prime and Prime Remote, TRICARE Reserve Select, and TRICARE for Life. As of January 1, 2018 TRICARE Select has replaced TRICARE Extra and TRICARE Standard. The programs differ on the use of a provider networks and cost sharing obligations. Most specialty services require prior authorization or referral. 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 ADASM's families, National Guard/Reservist and their family members and the TRICARE Retiree Dental Program (TRDP) is for retired SM's and families.

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. **Atención prolongada:** 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 Departamento de Veteranos (VA) no puede facturar 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.

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 beneficios de TRICARE consisten en: TRICARE Prime y Prime Remote, TRICARE Reserve Select y TRICARE for Life. Desde el 1 de enero de 2018, TRICARE Select reemplazó a TRICARE Extra y TRICARE Standard. Los programas difieren en el uso de una red de proveedores y en las obligaciones de costos compartidos. Para obtener la mayoría de los servicios de especialistas se necesita autorización previa o derivación. Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante al menos 20 años, tengan 65 años o más y estén inscritos en la actualidad 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.

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 you 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

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, unless the individual qualifies for a special enrollment period.

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.

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

El Programa Médico y de Salud para Civiles (CHAMPVA) 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.

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

La cobertura de medicamentos recetados del 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, a menos que la persona cumpla con los requisitos del período de inscripción especial.

Programa de seguro de atención odontológica del VA (VADIP)

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.

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 Central) 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, but should enroll in Part B within 8 months following the month you start COBRA coverage in order to avoid Medicare’s late enrollment penalty. 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 and Hospitals Corporation 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 311 and ask for HHC.

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 durante meses 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 periodo 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 la 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 en virtud 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 aún está trabajando, puede elegir la cobertura en virtud de COBRA cuando deje de trabajar, pero debe inscribirse en la Parte B dentro de los 8 meses de iniciada la cobertura amparada por COBRA a fin de evitar la multa por inscripción tardía de Medicare. Si usted tiene cobertura de Medicare y de COBRA, Medicare es el seguro primario y COBRA 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 la Corporación de Salud y Hospitales (HHC) 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 informarse mejor, visite <http://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/hhc-options> o llame al 311 y pregunte por HHC.

Federally Qualified Health Centers

Federally Qualified Health Centers 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 www.gag.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	1-800-856-9981 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 Parte B y el coseguro del 20% si se reúnen las condiciones. Para ubicar 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 aparecen 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 www.gag.org
National Writers Union (sindicato nacional de	Escritores	1-212-254-0279 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 Niñeras Proveedores de atención médica tradicional o alternativa Usuario avanzado de computación	1-800-856-9981 www.freelancersunion.org

PATIENT RIGHTS AND APPEALS FOR MEDICARE BENEFICIARIES

All Medicare beneficiaries are protected by the same rights, whether you are in Original Medicare or a Medicare Advantage plan.

As a Medicare beneficiary, you have the right to:

- Receive all the care necessary for your condition.
- Be fully informed about your medical condition, including treatment options. Learn about coverage and possible costs.
- Receive a written discharge plan from the hospital. Any decision made by the hospital or your HMO or PPO to discharge you must be based solely on your medical need and not on any method of payment.
- Appeal written notices denying coverage for services from hospitals, managed care plans (HMOs) or Medicare carriers.
- Ask for all notices in writing. DO NOT DISREGARD THEM. Any notice must describe how to appeal decisions.
- Under the “Right to Know Law” in New York State, (the Palliative Care Information Act), every terminally ill New Yorker under a doctor’s or surgeon’s care will be offered full information about hospice care, palliative care for pain reduction and all other appropriate end-of-life options. You also have the right to refuse or withdraw life-sustaining treatment, to have pain medication, and to learn more about treatment options.

For quality of care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services (either through Original Medicare or Medicare Advantage) 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.

Medicare Advantage enrollees may use the plan’s appeals process to appeal an inpatient stay denial or they can contact Livanta by noon of the day after the receipt of the NODMAR (Notice of Discharge and Medicare Appeal Rights). Other denied services may be appealed directly to the plan.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

DERECHOS DE LOS PACIENTES Y APELACIONES PARA BENEFICIARIOS DE MEDICARE

Todos los beneficiarios de Medicare están protegidos por los mismos derechos, ya sea que estén afiliados a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage.

Como beneficiario de Medicare, tiene derecho a:

- Recibir toda la atención necesaria para su afección.
- Estar totalmente informado sobre su condición médica, incluidas las opciones de tratamiento. Estar informado sobre la cobertura y los posibles costos.
- Recibir el plan de alta por escrito del hospital. La decisión de darle el alta tomadas por el hospital o su HMO o PPO debe basarse únicamente en sus necesidades médicas y no en el método de pago.
- Apelar las notificaciones por escrito que le denieguen la cobertura de servicios hospitalarios, planes de atención administrada (HMO) o proveedores de Medicare.
- Pedir todas las notificaciones por escrito. NO LAS PASE POR ALTO. Las notificaciones deben describir cómo puede apelar las decisiones.
- En virtud de la Ley de Derecho a Saber (Right to Know Law) del estado de Nueva York, (Palliative Care Information Act [Ley de Información sobre Cuidados Paliativos]), se les deberá ofrecer a todos los ciudadanos de Nueva York que padezcan una enfermedad terminal y que estén bajo el cuidado de un médico o cirujano información completa sobre la atención ofrecida en las residencias para enfermos terminales, cuidados paliativos para la reducción del dolor y otras opciones pertinentes para cuidado terminal. Además, tiene derecho a rechazar o interrumpir el tratamiento de soporte vital, recibir medicamentos para el dolor y obtener más información sobre opciones de tratamiento.

Para presentar quejas sobre la calidad de la atención o si considera que sus servicios de la Parte A o B de Medicare (ya sea mediante Medicare Original o Medicare Advantage) 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.

Los afiliados a Medicare Advantage pueden usar el proceso de apelación para apelar la denegación de internación o pueden comunicarse con Livanta antes del mediodía del día siguiente a la recepción del Aviso de Alta y Derechos de Apelación de Medicare (NODMAR). Otros servicios denegados pueden ser apelados directamente al plan.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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 new 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.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

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.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

LONG TERM CARE PLANNING

Now that seniors are living longer, many have concerns about how they will manage health care needs and finances as they become less mobile. Long-term care—in one's home, in alternative housing or in a nursing facility—should involve planning. An understanding of the options and the kinds of care, and the financing of such care, will help give seniors greater control over these important issues in their later years. The following is an overview, topic by topic, of the long-term care planning and insurance areas of interest and concern.

What is long-term care?

Long-term care is the kind of daily assistance that an older adult may need when dealing with a prolonged physical illness, a disability, or a cognitive impairment (such as Alzheimer's disease) that can leave a person unable to completely care for himself. Long-term care includes care in a nursing facility, as well as help at home with activities of daily living. Long-term care is generally divided into four categories:

1. **Skilled Nursing Care:** Daily nursing and rehabilitative care that can be performed only by, or under the supervision of, skilled medical personnel. The care must be ordered by a doctor.
2. **Intermediate Care:** Occasional nursing and rehabilitative care, which must be based on a doctor's orders, and can only be performed by, or under the supervision of, skilled medical personnel.
3. **Home Health Care:** Usually received at home as part-time skilled nursing care: speech therapy; physical or occupational therapy; part-time services from home health aides or help from homemakers or chore-workers.
4. **Custodial Care:** Care to help individuals meet personal needs such as walking, bathing, dressing, eating or taking medicine. It can usually be provided by someone without professional medical skills or training.

What are the costs of long-term care?

Arrangements for a home health aide on a private pay basis depend on the hours, level of services and skills required. If the health care provider comes from a certified home health agency where costs are paid through Medicare or Medicaid, the fees are set by the agency and government standards. Private care is \$20+ per hour for custodial services. Skilled care from therapists or visiting nurses, for example could cost \$100-150 per visit.

Nursing home costs in the New York City area average \$125,000-\$180,000 per year. An older adult requiring a nursing home placement must cover these costs either by paying from personal income and assets, having long-term care insurance, or having Medicaid coverage.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN PROLONGADA

En la actualidad, debido a que las personas mayores viven más años, surge la inquietud respecto de cómo pueden administrar sus necesidades de atención médica, así como los gastos relacionados con dicha atención, dado que cada vez tienen menor movilidad. Se debe planificar con anticipación la posibilidad de recibir atención prolongada (en su propio hogar, en un hogar alternativo o en una residencia para ancianos). Es importante que las personas mayores conozcan las opciones y los tipos de tratamiento y su financiación para que tengan mayor control sobre estas cuestiones básicas en sus últimos años de vida. A continuación se presenta un resumen, dividido por temas, sobre las cuestiones que despiertan interés y preocupación acerca de la planificación y la cobertura de la atención prolongada.

¿Qué es la atención prolongada?

La atención prolongada es el tipo de ayuda diaria que un adulto mayor puede necesitar cuando padece una enfermedad física prolongada, una discapacidad o un trastorno cognitivo (como enfermedad de Alzheimer) que hace que la persona no sea capaz de cuidar completamente de sí misma. La atención prolongada incluye la atención en una residencia para ancianos, al igual que la ayuda en el hogar para las actividades diarias. Generalmente la atención prolongada se divide en cuatro categorías:

1. **Atención de enfermería especializada:** atención y tratamiento de rehabilitación diarios que solo puede prestar personal médico especializado o realizarse bajo su supervisión. La atención debe estar indicada por un médico.
2. **Tratamiento intermedio:** asistencia y tratamiento de rehabilitación esporádicos que solo puede prestar personal médico especializado, o realizarse bajo su supervisión, según las indicaciones del médico.
3. **Atención médica domiciliaria:** generalmente se recibe en el hogar como tratamiento atención de enfermería especializada de tiempo parcial: fonoaudiología; fisioterapia o terapia ocupacional; servicios de tiempo parcial prestados por proveedores de ayuda domiciliaria o ayuda de amas de casa o personal doméstico.
4. **Cuidadores personales:** atención destinada a ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades personales, como caminar, bañarse, vestirse, comer o tomar los medicamentos. Lo puede hacer alguien que no tenga capacitación ni especialización médica.

¿Cuánto cuesta la atención prolongada?

Los arreglos para recibir ayuda médica domiciliaria en forma privada dependen de la cantidad de horas, y el nivel de servicios y especialización requeridos. Si el proveedor de atención domiciliaria proviene de una agencia de atención médica domiciliaria certificada, cuyos costos se pagan a través de Medicare o Medicaid, la tarifas se fijan mediante las normas gubernamentales y de la agencia. El costo de la atención privada es de \$20 o más por hora en concepto de servicios de cuidado. La asistencia especializada ofrecida por terapeutas o enfermeras en domicilio, por ejemplo, podría costar entre \$100 y \$150 por visita.

Las residencias para ancianos de la ciudad de Nueva York cobran entre \$125,000 y \$180,000 en promedio por año. Las personas mayores que necesiten alojarse en una residencia para ancianos deberán cubrir los costos con sus ingresos y bienes personales, con un seguro de atención prolongada, o con la cobertura de Medicaid.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Who pays for long-term care?

Medicare

Medicare’s coverage for long-term care is strictly limited to “medically necessary,” prescribed circumstances.

Care in the home is covered by Medicare when:

1. The care needed is intermittent skilled nursing care - physical therapy, occupational therapy, speech therapy, monitoring of condition, changing bandages, giving injections, and checking on equipment. “Intermittent” is defined as less than seven days per week, not to exceed 28 hours in any week. Medicare can approve more hours of care per week, but for a shorter period of time. Typically, Medicare approves on average of 8-12 hours of care per week; and
2. The beneficiary is unable to leave his home except with the assistance of another person or a wheelchair, for example; and
3. The doctor determines that the beneficiary needs home health care and prescribes a home health plan of treatment; and
4. The services are provided by a Certified Home Health Agency (CHHA) participating in Medicare.

Care in a skilled nursing facility is covered by Medicare Part A when:

1. The beneficiary is admitted within 30 days after a minimum 3-day hospital stay; and
2. The doctor documents that the patient requires a skilled level of care; custodial care can also be involved; and
3. The care is provided in a Medicare-certified skilled nursing facility; and
4. Medicare coverage is for up to 100 days in a benefit period, with cost-sharing between Medicare and the beneficiary from days 21-100.

Medicare Supplement Insurance (“Medigap”)

Since 2010, no new Medigap policies offer an at-home recovery benefit. However, for individuals with older Medigap plans, (D, G, I and J,) their policies may offer coverage, which provides an at-home recovery benefit paying up to \$40 per visit, up to \$1,600 per year, for personal care services when Medicare covers skilled home health care after an illness or injury. Personal care refers to help with activities of daily living, which includes bathing, dressing, eating, toileting and transferring. In order for the Medigap plan to cover any home health care, the beneficiary must first qualify for skilled home health care under Medicare.

¿Quién paga la atención prolongada?

Medicare

La cobertura de la atención a largo plazo por parte de Medicare está estrictamente limitada a circunstancias especiales de “necesidad médica”.

Medicare cubre el tratamiento domiciliario cuando:

1. Se necesita atención de enfermería especializada intermitente: fisioterapia, terapia ocupacional o fonoaudiología, control del estado del paciente, cambio de vendas, aplicación de inyecciones y control de los equipos. “Intermitente” significa menos de siete días por semana, sin superar las 28 horas a la semana. Medicare puede aprobar más horas de atención por semana, pero durante un periodo más reducido. Por lo general, Medicare aprueba un promedio de 8 a 12 horas de atención por semana; y
2. Por ejemplo, el beneficiario solo puede salir de su hogar con la ayuda de otra persona o en una silla de ruedas; y
3. El médico determina que el beneficiario necesita atención médica domiciliaria y le indica un plan de tratamiento domiciliario; y
4. Una Agencia de atención médica domiciliaria certificada (CHHA) que trabaje con Medicare proporciona los servicios.

La atención en un centro de atención de enfermería especializada está cubierta por la Parte A de Medicare en los siguientes casos:

1. El beneficiario ingresa dentro de los 30 días posteriores a una internación hospitalaria de tres días como mínimo; y
2. El médico debe certificar que el paciente necesita un tratamiento especializado, que también puede involucrar cuidados personales; y
3. El tratamiento se proporciona en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare; y
4. Medicare cubre hasta 100 días por cada período de beneficios, con costos compartidos entre Medicare y el beneficiario desde el día 21 al 100.

Seguro suplementario de Medicare ("Medigap")

Desde 2010, ninguna póliza nueva de Medigap ofrece beneficios de rehabilitación domiciliaria. Sin embargo, en el caso de las personas con planes Medigap más antiguos (D, G, I y J), es posible que sus pólizas ofrezcan una cobertura que incluya beneficios de rehabilitación domiciliaria, lo que equivale a \$40 por visita, con un límite de \$1,600 por año, en concepto de servicios de atención personal cuando Medicare cubre la atención médica especializada a domicilio luego de una enfermedad o lesión. La atención personal hace referencia a la ayuda con actividades relacionadas con la vida diaria, que incluyen bañarse, vestirse, comer, ir al baño y trasladarse. Para que el plan de Medigap cubra una parte de la atención médica domiciliaria, el beneficiario primero debe reunir los requisitos para la atención domiciliaria de enfermería especializada conforme a Medicare.

Medicaid

Medicaid is the joint federal/state/city funded program that covers all of the health care and long term care needs of persons with low income and limited assets. To qualify for Medicaid as an individual 65+, blind or disabled residing at home in the community, the individual must apply and document financial eligibility, along with other criteria. The treating doctor must prescribe the need for skilled and personal care services which can be provided in the individual's home.

In order for Medicaid to cover the cost of a nursing home stay, the individual must meet the applicable income and resource requirements. Individuals must contribute most of their income to the cost of care, retaining only a modest allowance for personal needs. For more information on Medicaid long term care, see page 54.

Medicaid transfer of asset restrictions: Faced with the prospect of the high costs of long-term care in a nursing home and home care, individuals with accumulated assets sometimes consider a transfer of these assets to family members in order to qualify for Medicaid coverage. A caution: **to be a legitimate transfer**, the senior cannot dictate the family member's use of the funds and the senior, in turn, cannot receive any amount "paid back" from that transfer.

New York State law imposes the following requirements and sanctions if a person transfers assets to become Medicaid-eligible for the purposes of receiving institutional services (note that there is no transfer of asset penalty to receive community Medicaid):

- Transfers to a trust made less than 60 months before you apply for Medicaid will result in a penalty waiting period.
- Medicaid will look at assets transferred 60 months prior to the month of application. If assets were transferred during the applicable lookback period, the applicant will be subject to a penalty period, starting on the date the transfer was made. Medicaid coverage will be refused for the number of months the assets would have paid for care in a nursing home.

Medicaid

Medicaid es un programa conjunto financiado por el gobierno federal, del estado y de la ciudad que cubre todas las necesidades relacionadas con la atención médica y la atención prolongada de las personas con bajos ingresos y bienes limitados. Para que una persona mayor de 65 años, ciega o discapacitada que reside en su hogar dentro de la comunidad pueda acceder a Medicaid, deberá presentar una solicitud y demostrar que reúne los requisitos de elegibilidad financiera, junto con otros criterios. El médico que trata al paciente debe indicar la necesidad de servicios de asistencia personal y especializada que se puedan proporcionar en el domicilio del paciente.

Para que Medicaid cubra el costo de una estadía en una residencia para ancianos, la persona debe reunir los requisitos de ingresos y recursos correspondientes. Deberán aportar la mayor parte de sus ingresos para los costos de la atención, y solo podrán quedarse con una pequeña asignación para necesidades personales. Para obtener más información sobre la atención a largo plazo de Medicaid, consulte la página 54.

Restricciones de Medicaid a la transferencia de bienes: ante la posibilidad de tener que enfrentar los elevados costos de la atención prolongada en una residencia para ancianos o en el hogar, muchas personas que han acumulado bienes, a veces tienen en cuenta la opción de transferírselos a los familiares para poder acceder a la cobertura de Medicaid. Advertencia: **para que la transferencia sea legítima**, la persona mayor no podrá imponer cómo usar los fondos al familiar y, a su vez, este tampoco podrá recibir ninguna suma en reintegro de la transferencia que efectuó.

Las leyes del estado de Nueva York establecen los siguientes requisitos y sanciones si una persona transfiere sus bienes para cumplir los requisitos de elegibilidad de Medicaid con el objeto de recibir servicios institucionales (tenga en cuenta que no se aplican sanciones a las transferencias de bienes para recibir la cobertura de Medicaid de la comunidad):

- Las transferencias a un fideicomiso que se hayan realizado 60 meses antes de solicitar la admisión en Medicaid tendrán como resultado un periodo de espera como sanción.
- Medicaid buscará los bienes que se hayan transferido 60 meses antes del mes en que se presentó la solicitud de cobertura. Si se transfirieron bienes durante el periodo retrospectivo que corresponde, el solicitante estará sujeto a un periodo de sanción a partir de la fecha en que se efectuó la transferencia. Se rechazará la cobertura de Medicaid durante la cantidad de meses en que se hubiese podido pagar la atención en una residencia de ancianos con los bienes transferidos.

Community spouse protection: When a husband or wife 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 2019 under Medicaid, the community spouse may retain a minimum of \$74,820 and a maximum of \$126,400 in assets and \$3,160 per month in income. However, when both spouses are in a home care situation, the Community Spouse Protection does not apply. When one or both spouses are receiving care at home under the Medicaid program, they are allowed to keep income and resources only at the Medicaid-eligible levels (see page 51).

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.

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 2019, conforme a Medicaid, el cónyuge puede retener un mínimo de \$74,820 y un máximo de \$126,400 en bienes, y un ingreso mensual de \$3,160. Sin embargo, la protección del cónyuge (Community Spouse Protection) no se aplica cuando ambos cónyuges reciben atención domiciliaria. Cuando uno o ambos cónyuges reciben atención a domicilio por medio del programa Medicaid, tienen derecho a conservar únicamente los niveles elegibles de ingresos y recursos de Medicaid (consulte la página 51).

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.

MEDICARE 2019

ORIGINAL MEDICARE DEDUCTIBLES, CO-INSURANCE & PREMIUM AMOUNTS

Part A: Hospital Insurance

Deductible	\$1,364 per benefit period
Co-Payment	\$341 per day for days 61-90 of each benefit period
	\$682 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-Pay	\$170.50 per day for days 21-100 of each benefit period

Part B: Medical Insurance

Monthly Premium	Medicare beneficiaries will pay a premium of \$135.50, except for: - Those whose Social Security Cost of Living Adjustment (COLA) didn't increase enough to raise their Part B premiums to the \$135.50 level. - Higher income (over \$85,000 single/170,000 married) beneficiaries will pay higher amounts.
Annual Deductible	\$185
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 2019, if you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$437 a month. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$240 per month.

Medicare Savings Programs for Low-Income Medicare Beneficiaries (2018)

	Monthly Income Limit (after any deductions/exclusions)	
	Individual	Couple
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles and co- insurance for those who are automatically eligible for Part A.	\$1,032	\$1,392
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	\$1,234	\$1,666
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	\$1,386	\$1,872

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

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

MEDICARE 2019

MONTOS DE LOS DEDUCIBLES, DEL COSEGURO Y DE LAS PRIMAS DE MEDICARE ORIGINAL

Parte A: Seguro hospitalario

Deducible	\$1,364 por periodo de beneficios
Copago	\$341 por día para los días 61-90 de cada período de beneficios
	\$682 por día por cada "día de reserva de por vida"
Copago para Instituciones de Enfermería Especializada	\$170.50 por día para los días 21-100 de cada período de beneficioss

Parte B: Seguro médico

Prima mensual	Los beneficiarios de Medicare pagarán una prima de \$135.50, excepto en los siguientes casos: - 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 \$135.50. - Los que tengan ingresos superiores (más de \$85,000 solteros/170,000 casados) pagarán montos más altos..
Deducible	\$185
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 2019, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$437 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$240 por mes.

Programas de Ahorros de Medicare para beneficiarios de Medicare con bajos ingresos (2018)

	Límite de ingresos mensuales (después de las deducciones/exclusiones)	
	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.	\$1,032	\$1,392
SLIMB: niveles de beneficiarios de Medicare con bajos ingresos especificados El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,234	\$1,666
QI: Personas calificadas El estado solo paga la prima de la Parte B de Medicare.	\$1,386	\$1,872

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

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

MEDICAID 2019

Standard Medicaid

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

	Monthly Income	Assets
Individual	\$859	\$15,450
Couple	\$1,267	\$22,800

*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; \$126,420 maximum **Income:** \$3,160.50 monthly

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

MEDICAID 2019

Medicaid estándar

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

	Ingreso mensual	Bienes
Individual	\$859	\$15,450
Pareja	\$1,267	\$22,800

*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; \$126,420 máximo **Ingresos:** \$3,160.50 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

Bronx

- Lincoln Hospital: 234 East 149th Street, Basement, Room B-75. (718) 585-7872
- 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

Brooklyn

- Coney Island Medicaid Office: 3050 West 21st Street. (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
- Brooklyn South Medicaid Office (Central Medicaid Office): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (929) 221-3502

Queens

- Queens Community Medicaid Office: 32-20 Northern Blvd. (1st Fl.). (718) 784-6729

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, entre las 9 a.m. y las 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, piso 1, Oficina 1D-27 (entrada por la calle 97 y 2da Avenida). (212) 423-7006
- Oficina de Medicaid en el barrio chino: 115 Chrystie Street, piso 5. (212) 334-6114
- Oficina de Medicaid en Manhattanville: 520-530 West 135th Street, 1 piso. (212) 939-0207

Bronx

- Lincoln Hospital: 234 East 149th Street, Sótano, Oficina B-75. (718) 585-7872
- North Central Bronx Hospital: 3424 Kossuth Avenue, piso 1, oficina 1A 05. (718) 920-1070
- Morrisania Diagnostic & Treatment Center: 1225 Gerard Avenue, Sótano. (718) 960-2799

Brooklyn

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

Queens

- Oficina de Medicaid en la Comunidad de Queens: 32-20 Northern Blvd. (piso 1). (718) 784-6729

Staten Island

- Sede 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

Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Part D (Prescription Drug) Monthly Premium
Individuals with a MAGI of \$85,000 or less / Married couples with a MAGI of \$170,000 or less	2019 Standard Premium = \$135.50	Your Plan Premium
Individuals with a MAGI \$85,000-\$107,000/ Married couples with a MAGI \$170,000-\$214,000	\$189.60	Your Plan Premium + \$12.40
Individuals with a MAGI \$107,000-\$133,500/ Married couples with a MAGI \$214,000-\$267,000	\$270.90	Your Plan Premium + \$31.90
Individuals with a MAGI \$133,500-\$160,000/ Married couples with a MAGI \$267,000-\$320,000	\$352.20	Your Plan Premium + \$51.40
Individuals with a MAGI \$160,000-\$500,000/ Married couples with a MAGI \$320,000-\$750,00	\$433.40	Your Plan Premium + \$70.90
Individuals with a MAGI greater than \$500,000 / Married couples with a MAGI greater than \$750,000	\$460.50	Your Plan Premium \$77.40
Married filing separately with a MAGI \$85,000-\$415,000	\$433.40	Your Plan Premium + \$70.90
Married filing separately with a MAGI \$415,000 and greater	\$460.50	Your Plan Premium \$77.40

Monto de ajuste mensual de Medicare por ingresos (IRMAA) de la Parte D y la Parte B para Beneficiarios de Medicare con Ingresos más altos

Ingresos brutos modificados ajustados (MAGI)	Prima mensual de la Parte B	Prima mensual de la Parte D (medicamentos recetados)
Personas con MAGI de \$85,000 o menos / Matrimonio con MAGI de \$170,000 o menos	Estándar de 2019 Prima = \$135.50	La prima de su plan
Personas con MAGI \$85,000-\$107,000/ Matrimonio con MAGI desde \$170,000 hasta \$214,000	\$189.60	La prima de su plan + \$12.40
Personas con MAGI \$107,000-\$133,500/ Matrimonio con MAGI desde \$214,000 hasta \$267,000	\$270.90	La prima de su plan + \$31.90
Personas con MAGI \$133,500-\$160,000/ Matrimonio con MAGI desde \$267,000 hasta \$320,000	\$352.20	La prima de su plan + \$51.40
Personas con MAGI \$160,000-\$500,000/ Matrimonio con MAGI desde \$320,000 hasta \$750,00	\$433.40	La prima de su plan + \$70.90
Personas con MAGI superiores a \$500,000 / Matrimonios con MAGI superiores a \$750,000	\$460.50	La prima de su plan \$77.40
Matrimonio que presenta por separado con un MAGI entre \$85,000 y \$415,000	\$433.40	La prima de su plan + \$70.90
Matrimonio que presenta por separado con un MAGI igual o superior a \$415,000	\$460.50	La prima de su plan \$77.40

- The Part B Premium + IRMAA 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.

For more information visit the Social Security Administration's website at www.ssa.gov.

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

- La Prima de la Parte B + IRMAA 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.

Para obtener más información, visite el sitio web de la Administración del Seguro Social, www.ssa.gov.

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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	Insurance 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. The amounts are not adjusted for living in higher cost areas.
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, and are considered to be as safe and effective as brand name drugs by the federal Food and Drug Administration (FDA).
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 insurance coverage. 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 de seguros médicos

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 seguro 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. Estos montos no se ajustan para tener en cuenta los gastos de vivir en áreas de mayor costo.
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. Habitualmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca, y la Administración de Alimentos y Medicamentos del gobierno federal (FDA, por sus siglas en inglés), los considera igual de seguros y eficaces.
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	El monto que paga por tener cobertura de seguro. Se paga independientemente de si utiliza 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 dosis 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

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.

Caring Voice Coalition – May be able to help pay for the cost of some prescriptions for people with certain chronic conditions. Visit www.caringvoice.org or call 1-888-267-1440 for more information.

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.

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

National Association of Boards of Pharmacies (NABP) – Allows you to search for internet pharmacies that are certified as safe distributors. www.nabp.net

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 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

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.

Caring Voice Coalition: podría ayudar a pagar los costos de algunas recetas médicas para personas con determinadas enfermedades crónicas. Visite www.caringvoice.org o llame al 1-888-267-1440 para obtener más información.

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.

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

El 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

Asociación Nacional de las Juntas de Farmacias (NABP): le permite buscar farmacias en Internet que estén certificadas como distribuidores garantizados. 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.

Partnership for Prescription Assistance - Helps people access free or low-cost prescription medications. Also provides links for programs that assist with paying co-payments. www.pparx.org or 1-888-4PPA-NOW

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

Together Rx Access – A prescription drug discount card available to people whose incomes meet the guidelines and who are not on Medicare and have no prescription drug coverage. www.togetherryxaccess.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

Programa Nacional de Asistencia al Paciente de Médula Ósea y Fondo de Asistencia Financiera (National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund): 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 para Trastornos Raros (NORD): 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.org: ofrece información sobre medicamentos y programas para pacientes y explica cómo solicitarlos. www.needymeds.org o 1-800-503-6897.

Sociedad para la Asistencia de Recetas Médicas: ayuda a las personas a acceder a medicamentos recetados gratis o a bajo costo. También ofrece enlaces a programas que ayudan a hacer el copago. www.pparx.org o 1-888-4PPA-NOW

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 asistir 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: solicite medicamentos con descuento y gratuitos directamente a través del sitio web. www.rxhope.com

Together Rx Access: tarjeta de descuentos para medicamentos recetados disponible para las personas cuyos ingresos cumplen las pautas y no son beneficiarios de Medicare ni tienen cobertura para medicamentos recetados. www.togetherryxaccess.com.

Otros recursos en Internet

Departamento de Trabajo: información sobre la COBRA, antracosis, etc.: www.DOL.gov

Comparación de planes odontológicos: 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

Fundación Familia Kaiser: información sobre pólizas de atención médica; www.kff.org

RESOURCES

NYC HIICAP Helpline.....	311 – ask for HIICAP
www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	
Department for the Aging.....	311
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).....	311
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
Hospice Foundation of America.....	1-800-854-3402
www.hospicefoundation.org	

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

RECURSOS

Línea de atención de NYC HIICAP	311 - pregunte por HIICAP
www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	
Departamento para Personas Mayores	311
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).....	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 (directorío 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)	311
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
Fundación de Residencias para Enfermos Terminales de los EE.UU.	1-800-854-3402
www.hospicefoundation.org	

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN) – Medicaid managed long term care ombudsman.....	1-844-614-8800
LawHelp.org (to search for legal services, including pro bono)	
Legal Services NYC.....	1-917-661-4500
www.legalservicesnyc.org	
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 referral for providers accepting Medicaid.....	1-800-541-2831
Medicaid facilitated enrollers for Aged, Blind and Disabled (can also help with Medicare Savings Program Applications).....	1-347-396-4705
Medicare Fraud Hotline (Office of the Inspector General, DHHS).....	1-800-447-8477
Medicare Hotline.....	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center.....	1-800-333-4114
www.medicarerights.org	
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).....	1-800-342-9871
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	
New York Legal Assistance Group's (NYLAG) Evelyn Frank Legal Resources Program.....	1-212-613-7310
EFLRP@NYLAG.org.	
New York State of Health (Marketplace Plan contact).....	1-855-355-5777
https://nystateofhealth.ny.gov	
NYC Department of Health.....	311
www.nyc.gov/health	
NYS Long Term Care Ombudsman Program.....	1-855-582-6769
https://ltcombudsman.ny.gov/	
NYS Department of Health-Medicaid and Marketplace HMO complaints	1-800-206-8125
NYS Department of Financial Services.....	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) - Defensor del pueblo de atención prolongada administrada de Medicaid.....	1-844-614-8800
LawHelp.org (para obtener servicios legales, incluidos servicios gratuitos de abogados)	
Servicios Legales de la Ciudad de Nueva York (Legal Services NYC)	1-917-661-4500
www.legalservicesnyc.org	
Programa de Transición para Personas Recién Elegibles con Ingresos Limitados (LINET) (administrado por Humana).....	1-800-783-1307
Livanta, LLC – (Organización de la Mejora de la Calidad para apelar altas hospitalarias y realizar quejas con respecto a la calidad de la atención)	1-866-815-5440
Derivaciones de Medicaid a proveedores que acepten Medicaid	1-800-541-2831
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
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	1-800-333-4114
www.medicarerights.org	
Consejo Nacional sobre las Personas Mayores: www.ncoa.org	
Centro Nacional de Información de Salud: www.health.gov/nhic	
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 (Selfhelp Community Services): 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	311
www.nyc.gov/health	
Programa del Defensor del Pueblo para Atención Prolongada del estado de Nueva York	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
Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York	1-800-342-3736
www.dfs.ny.gov	

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

NYS Medicaid Helpline.....	1-800-541-2831
www.health.ny.gov/health_care/medicaid/	
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) 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	

Línea de atención de Medicaid en el estado de Nueva York	1-800-541-2831
www.health.ny.gov/health_care/medicaid/	
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 de Delitos 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 (antes conocida como Senior Medicare Patrol) 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

CALL 311 AND ASK FOR HIICAP

NOTAS

LLAME AL 311 Y PIDA POR HIICAP

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