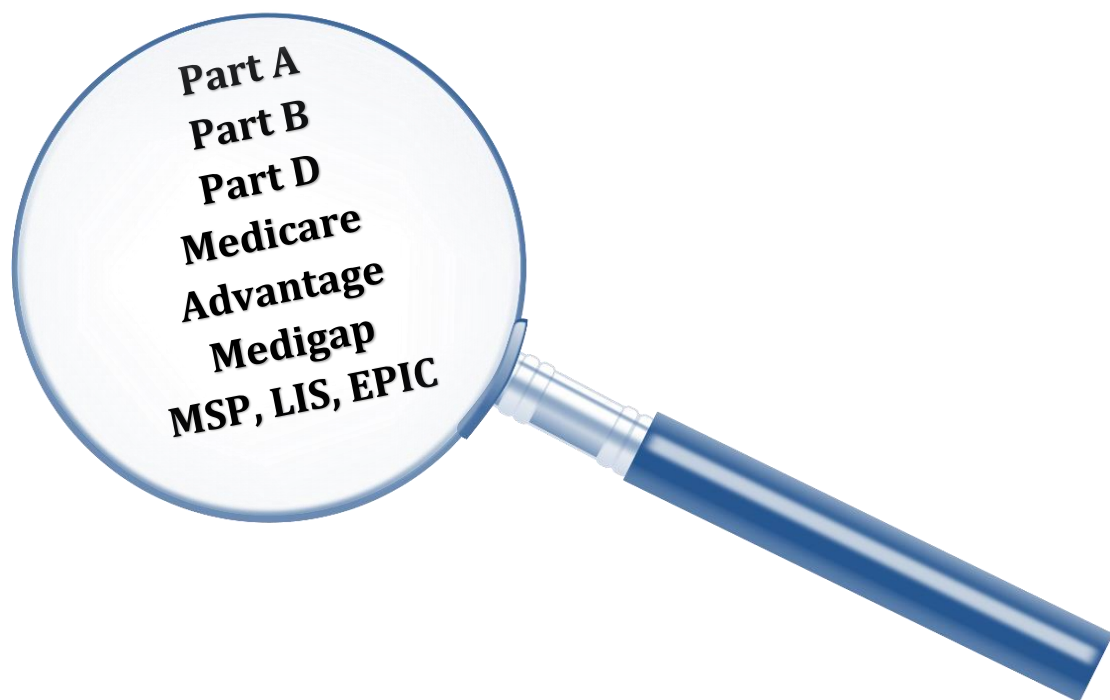


A Closer Look at Medicare and Related Benefits for New Yorkers

2022



Updated March 2022



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



Детальный обзор программы Medicare и связанных с ней льгот для жителей Нью-Йорка

2022



Обновлено в марте 2022 г.



HIICAP
Health Insurance Information,
Counseling and Assistance
Program

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



Disclaimer:

This information is provided by the New York City Department for Aging and is not to be widely distributed for private-business purposes

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 as of the time of printing. Use it in good health!

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

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

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

www.nyc.gov/aging

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

Отказ от ответственности:

Приведенная здесь информация предоставлена Департаментом по делам пожилых людей города Нью-Йорк и не предназначена для широкого распространения в целях частного бизнеса.

Настоящее руководство разработано Программой предоставления информации, консультаций и помощи по вопросам медицинского страхования (НПСАР) Департамента по делам пожилых людей города Нью-Йорк для того, чтобы помочь пожилым жителям Нью-Йорка лучше понять варианты покрытия медицинского страхования, доступные в городе Нью-Йорк. Здесь рассматриваются такие темы, как Part A и Part B программы Medicare, страхование Medigap, планы медицинского страхования Medicare Advantage, Part D программы Medicare, сберегательные программы Medicare (Medicare Savings Programs) и программа Medicaid. Приведенная здесь информация является актуальной на момент публикации. Ознакомьтесь с ней и будьте здоровы!

НПСАР — это источник бесплатной, актуальной и непредвзятой информации о покрытии медицинского страхования для пожилых людей в г. Нью-Йорк. На горячей линии НПСАР смогут ответить на любые ваши вопросы. Вы можете позвонить на горячую линию для пожилых Департамента по делам пожилых людей по номеру 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросить соединить вас с программой НПСАР, чтобы поговорить с одним из обученных консультантов.

Консультанты НПСАР могут поговорить с вами по телефону или встретиться с вами лично в одном из офисов для консультаций. Позвоните на горячую линию, чтобы узнать, какой консультант находится ближе всего к вам.

Обратите внимание, что включение сюда конкретных льготных программ медицинского обслуживания не означает, что Департамент по делам пожилых людей г. Нью-Йорк поддерживает эти программы.

www.nyc.gov/aging

Проект осуществлен с частичной поддержкой грантом номер 90SAPG0033 от Управления по улучшению условий жизни в обществе США, Департамента здравоохранения и социального обеспечения, Вашингтон, округ Колумбия 20201.

Table of Contents

Medicare Coverage Choices	4
Medicare	5
Medicare as Secondary Payer Who Pays First?	16
Medicare Supplemental Insurance (Medigap)	18
Medicare Advantage Plans (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)	25
Medicare Part D-Prescription Drug Coverage	30
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC)	35
Medicare Savings Programs	38
Medicare Fraud and Abuse	40
Medicaid for 65+, Blind or Disabled	42
Medicaid Managed Long Term Care	45
NY State of Health/Health Insurance Exchange	47
MAGI Medicaid for under 65, not blind, not disabled	48
Essential Plan	49
Qualified Health Plan	49
Veteran’s Benefits and TRICARE for Life	51
Other Health Coverage Options for New Yorkers	52
Medicare 2022	53
Medicaid 2022	54
Medicaid Offices in NYC	55
Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA)	56
Health Insurance Definitions	57
Resources for Assistance in Paying for Prescription Medications	58
Other Internet Resources	59
Resources	60

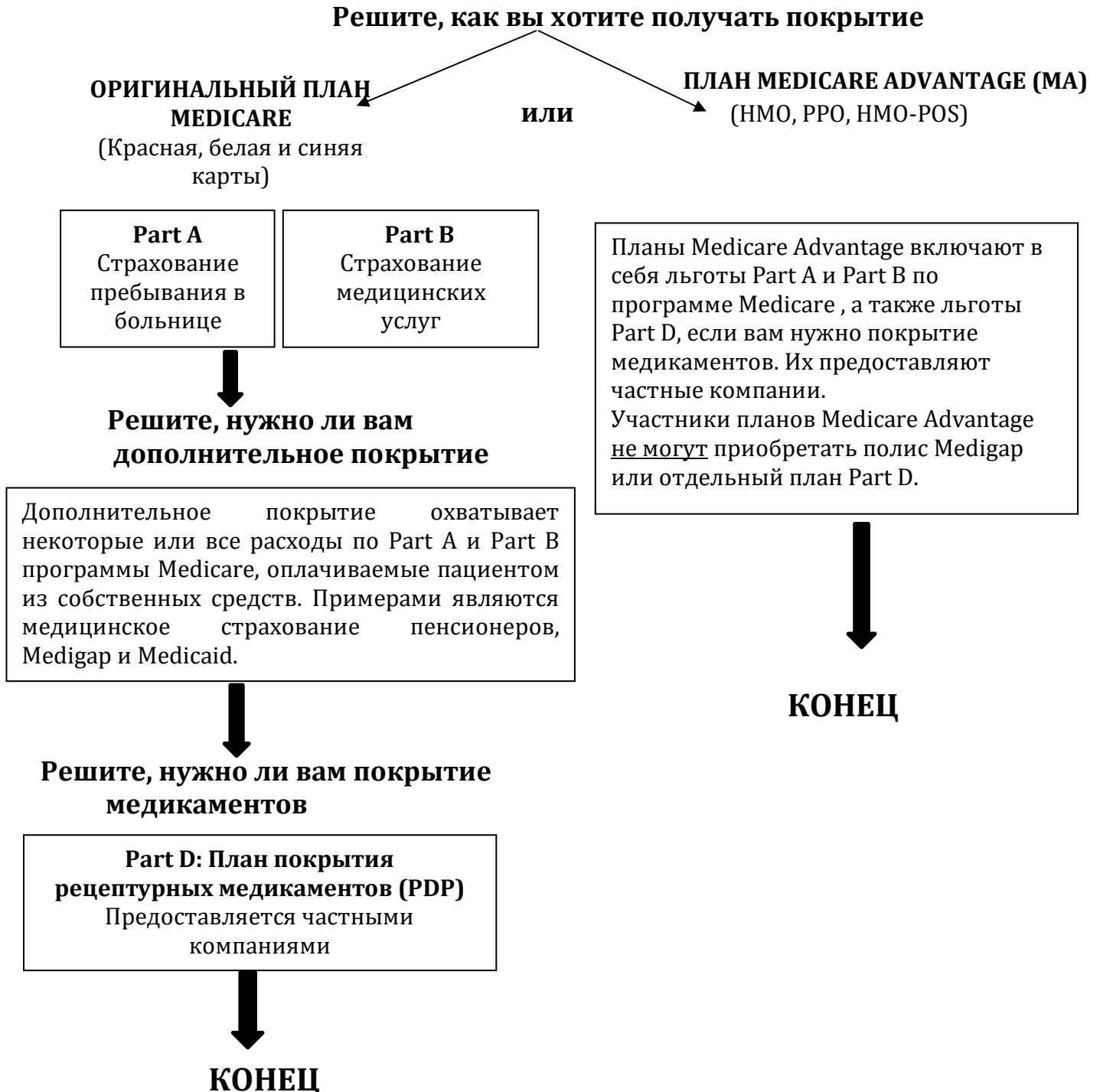
Содержание

ВАРИАНТЫ ПОКРЫТИЯ ПРОГРАММЫ MEDICARE.....	4
MEDICARE	5
MEDICARE КАК ВТОРОСТЕПЕННАЯ СТРАХОВКА. КТО ПЛАТИТ ПЕРВЫМ? ...	16
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ Medicare (Medigap)	18
ПЛАНЫ СТРАХОВАНИЯ MEDICARE ADVANTAGE (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)	25
MEDICARE Part D: ПОКРЫТИЕ МЕДИКАМЕНТОВ, ОТПУСКАЕМЫХ ПО РЕЦЕПТУ	30
СТРАХОВОЕ ПОКРЫТИЕ МЕДИКАМЕНТОВ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ (EPIC).....	35
СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ MEDICARE	38
МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ MEDICARE	40
MEDICAID ДЛЯ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 65 ЛЕТ, НЕЗРЯЧИХ И ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	42
Управляемый долгосрочный уход (Managed Long Term Care) по программе Medicaid	45
NY STATE OF HEALTH / БИРЖА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	47
MAGI MEDICAID ДЛЯ ЛЮДЕЙ МЛАДШЕ 65 ЛЕТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ НЕЗРЯЧИМИ И НЕ ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТИ	48
ПЛАН ESSENTIAL	49
ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ QUALIFIED (QUALIFIED HEALTH PLANS)	49
ЛЬГОТЫ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ И ПРОГРАММА TRICARE FOR LIFE	51
ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ НЬЮ- ЙОРКА.....	52
Medicare 2022	53
MEDICAID 2022	54
Офисы Medicaid в г. Нью-Йорк	55
Сумма ежемесячной корректировке на основе дохода (IRMAA).	56
Определения терминов, связанных с медицинским страхованием.....	57
Ресурсы помощи в оплате рецептурных медикаментов	58
Другие интернет-ресурсы.....	59
Ресурсы.....	60

ВАРИАНТЫ ПОКРЫТИЯ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Все бенефициары программы Medicare могут выбирать, как будет осуществляться покрытие по программе Medicare.

Есть два основных способа получить покрытие: Оригинальный план Medicare и планы Medicare Advantage. Далее приведено дерево поиска решений, которое поможет вам принять решение.



MEDICARE

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

The main components to Medicare are:

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

Medicare beneficiaries can choose to get their Medicare benefits through Original Medicare, or from a Medicare Advantage Plan, sometimes referred to as Part C. Medicare Advantage plans are administered by private companies and provide all Medicare Part A and Part B benefits, as well as Part D drug coverage, through managed care. Those enrolling in a Medicare Advantage plan, will have Medicare coverage through that private plan, not through “Original Medicare.” See page 4 for a chart summarizing these choices.

Who Is Eligible for Medicare?

- Age: You are eligible for Medicare if you are 65 years old or older and either
 - A U.S. citizen or
 - Legal permanent resident (for at least five consecutive years if not eligible for Social Security).
- People under age 65 can qualify for Medicare
 - After receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) for 24 months. Individuals with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) qualify the first month they receive SSDI.
 - If they have end stage renal disease (ESRD) and receive continuing dialysis for permanent kidney failure or had a kidney transplant.

How Eligibility Differs for Part A vs. Part B

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

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

How Do I Enroll in Medicare?

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

People are **automatically enrolled** in Medicare when first eligible in the following situations:

- 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. Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

MEDICARE

Medicare — это национальная программа медицинского страхования для людей возрастом 65 лет и старше, а также некоторых людей, не достигших этого возраста, но имеющих инвалидность или почечную недостаточность (терминальную стадию хронической почечной недостаточности, ТХПН).

Medicare включает следующие основные компоненты:

- Part A: страхование пребывания в больнице
- Part B: страхование медицинских услуг
- Part D: покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту

Бенефициары Medicare могут по выбору получать другие льготы Medicare по оригинальному плану Medicare или плану Medicare Advantage, который иногда называют Part C. Планы Medicare Advantage управляются частными компаниями и включают все льготы Part A и Part B программы Medicare, а также покрытие лекарств Part D посредством управляемого медицинского обслуживания. Если вы являетесь участником плана Medicare Advantage, то у вас будет покрытие Medicare через этот частный план, а не через оригинальный план Medicare. Обратитесь к таблице на странице 4, где в обобщенном виде приведены все эти варианты.

Кто имеет право на Medicare?

- **Возраст:** Вы имеете право на Medicare, если ваш возраст 65 лет или старше, а также вы являетесь
 - гражданином США или
 - законным постоянным резидентом (в течение по крайней мере пяти последовательных лет, если вы не имеете право на социальное обеспечение).
- **Люди младше 65 лет** могут получить право на Medicare
 - После получения социального пособия по нетрудоспособности (Social Security Disability Insurance, SSDI) в течение 24 месяцев. Лица с боковым амиотрофическим склерозом (БАС) получают право в первый месяц получения ими SSDI.
 - Если у них терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН) и им постоянно делают диализ по причине необратимой почечной недостаточности или если им делали пересадку почки.

Отличия в правах на получение Part A и Part B

- Чтобы получить право на Part A без внесения страхового взноса в 65 лет вы или ваш(а) супруг(а) должны быть застрахованы через социальное обеспечение (заработав 40 кварталов (кредитов) покрытия). Без 40 кварталов покрытия вы также можете получить Medicare, оплачивая страховой взнос за Part A в возрасте 65 лет.
- Для получения права на Part B 40 кварталов покрытия не требуются; вам нужно только быть гражданином США или законным постоянным резидентом в течение пяти (5) последовательных лет.

Если у вас есть вопросы о ваших правах на Medicare или если вы хотите подать заявку на получение Medicare, позвоните в Управление социального обеспечения по номеру 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 TTY). Вы можете узнать больше и подать заявку на получение Medicare через веб-сайт www.socialsecurity.gov.

Как мне стать участником Medicare?

Некоторые люди автоматически зарегистрированы на Medicare, в то время как другие должны предпринимать для этого определенные действия. Важно понимать условия регистрации на Part A и Part B во избежание штрафа за позднюю регистрацию (Late Enrollment Penalty, LEP) и периода, в течение которого медицинское покрытие будет отсутствовать.

Автоматическая регистрация людей на Medicare происходит, если они впервые получают право на нее в следующих ситуациях:

- Если вы уже получаете льготы по социальному обеспечению или по пенсии работника железнодорожного транспорта, когда вам исполняется 65, то вам не нужно подавать заявку на получение Medicare.

birthday. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.

- If you receive Social Security Disability Insurance (SSDI) benefits, you will automatically receive a Medicare card in the mail after you have received Social Security Disability benefits for 24 consecutive months. You must have Part A if you are collecting a Social Security benefit; if you wish to decline Medicare Part B benefits, follow the instructions mailed with the Medicare card.

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

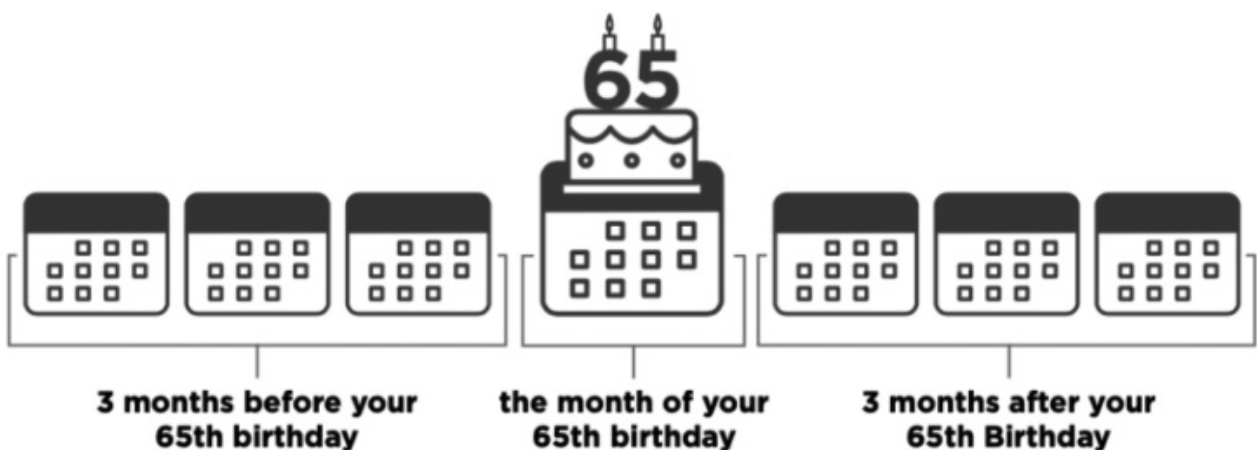
Initial Enrollment Period (IEP)

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

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

NEW: Starting in 2023, people that enroll in the last 3 months of their IEP will have Part B effective the first of the following month.

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



Регистрация на Part A и Part B происходит автоматически, а карта Medicare отправляется вам по почте примерно за три месяца до того, как вам исполнится 65. У вас должна быть Part A, если вы получаете льготы по социальному обеспечению; если вы хотите отказаться от льгот Medicare Part B, следуйте инструкциям, отправленным вам вместе с картой Medicare.

- Если вы получаете льготы по социальному пособию по нетрудоспособности (SSDI), то вы автоматически получите карту Medicare по почте после того, как вы будете получать льготы по социальному пособию по нетрудоспособности в течение 24 последовательных месяцев. У вас должна быть Part A, если вы получаете льготы по социальному обеспечению; если вы хотите отказаться от льгот Medicare Part B, следуйте инструкциям, отправленным вам вместе с картой Medicare.

Если в возрасте, близком к 65 годам, вы не получаете льготы по социальному обеспечению, и хотите получить льготы Medicare в 65 лет, то важно понимать **три периода регистрации**: Первоначальный период регистрации, специальный период регистрации и общий период регистрации. Эти периоды детально рассматриваются ниже.

Первоначальный период регистрации (Initial Enrollment Period, IEP)

Если вы не получаете льготы по социальному обеспечению при достижении 65-летнего возраста и вы хотите зарегистрироваться на Medicare Part B, то вы можете сделать это в течение семимесячного первоначального периода регистрации (IEP). IEP включает три месяца до того, как вам исполнится 65, месяц, в котором вам исполнится 65, и три месяца после этого. Время регистрации на Part B определяет время, когда начнется покрытие по Part B.

- Если вы регистрируетесь в течение **трех месяцев до дня вашего рождения**, то покрытие Medicare начнет действовать первого числа месяца вашего рождения.
- Если вы регистрируетесь в течение **месяца вашего рождения**, то покрытие начнет действовать первого числа следующего месяца.
- Если вы регистрируетесь в течение **месяца после дня вашего рождения**, то покрытие начнет действовать через два месяца.
- Если вы регистрируетесь **через два или три месяца после дня вашего рождения**, то покрытие начнет действовать через три месяца.

НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Начиная с 2023 г., для людей, которые регистрируются в течение последних 3 месяцев своего IEP, Part B начнет действовать первого числа следующего месяца.

Примечание: Люди, которые родились первого числа, имеют право на получение Medicare первого числа предыдущего месяца.



Special Enrollment Period (SEP)

If you have **health insurance** through you or your spouse's current/active employer or union, you may not need to enroll in Medicare Part B when you first become eligible; contact your employer or union to ask if it requires enrollment in Part B.

If you have active employer-based coverage when you are first eligible for Medicare, you will qualify for a SEP to enroll in Part B while still working, or within 8 months following the month in which you lose active employer-based health coverage. You will need the employer to complete 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> . This form is submitted along with CMS-40B, Application for Enrollment in Medicare Part B <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS40B-E.pdf> , to Social Security, indicating the desired month for Part B coverage to start, in the Remarks section.

TIPS for those with employer-based coverage:

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

When Is My Special Enrollment Period?



While you have coverage from your

Any time during the 8 months after the month your employer-based coverage ends

General Enrollment Period (GEP)

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

NEW: Starting in 2023, people that enroll in the GEP will have Part B effective the first of the following month.

You apply for Medicare benefits by contacting the Social Security Administration. You can call 1-800-772-1213 or visit a local Social Security office. You may also enroll online at www.socialsecurity.gov.

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Специальный период регистрации (Special Enrollment Period, SEP)

Если у вас есть медицинская страховка от вашего текущего/активного работодателя или профсоюза или текущего/активного работодателя вашего(ей) супруга(и), то вам не нужно регистрироваться на Medicare Part B, когда вы впервые получите на это право; свяжитесь с вашим работодателем или профсоюзом и спросите, требуется ли регистрация на Part B.

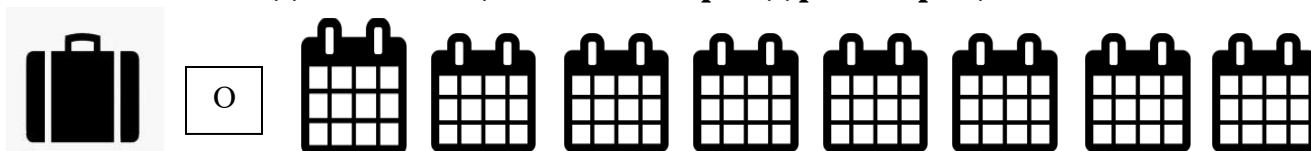
Если у вас есть активное покрытие от работодателя в момент, когда вы впервые получаете право на Medicare, вы получите право на SEP для регистрации на Part B, пока вы все еще работаете или в течение 8 месяцев после того, как вы лишитесь активного покрытия медицинского страхования от работодателя. Ваш работодатель должен будет заполнить форму CMS-L564, в которой фиксируется покрытие медицинского страхования от работодателя. Эта форма находится по адресу: <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>

Эта форма подается вместе с формой CMS-40B «Заявка на регистрацию на Medicare Part B» <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS40B-E.pdf> в систему социального обеспечения с указанием желаемого месяца начала покрытия Part B в разделе «Замечания».

СОВЕТЫ для людей, имеющих страховку от работодателя:

- ✓ Если вы зарегистрируетесь на Medicare Part A, вы больше не сможете вносить средства на медицинский сберегательный счет (Health Savings Account, HSA). См. страницу 8 для информации о регистрации на Part A.
- ✓ Покрытие COBRA НЕ является медицинским страхованием от активного работодателя и поэтому не дает вам права на специальный период регистрации.

Когда мой специальный период регистрации?



Пока у вас все еще есть покрытие от вашего работодателя

В любое время в течение 8 месяцев после месяца, в котором покрытие от работодателя заканчивается.

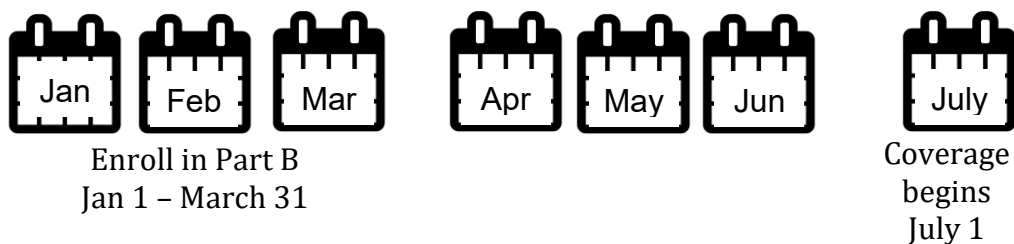
Общий период регистрации (General Enrollment Period, GEP)

Если вы не зарегистрируетесь во время вашего IEP и если вы не имеете права на SEP из-за активного покрытия от работодателя, вам придется подождать общего периода регистрации (GEP) для регистрации на Part B. GEP длится с 1 января по 31 марта каждого года, но покрытие Part B начнется только 1 июля. Также на вас может быть наложен штраф за позднюю регистрацию. Штраф на позднюю регистрацию составляет 10% от текущего стандартного страхового взноса за Part B за каждые полные 12 месяцев, в течение которых у вас не было ни покрытия Medicare Part B, ни покрытия от текущего работодателя. Это значит, что если вы на 12 месяцев задержали регистрацию на Part B, то вы будете платить страховой взнос за Part B + 10% доплату к страховому взносу на основе стандартного страхового взноса за Part B за текущий год.

НОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ: Начиная с 2023 г., для людей, которые регистрируются в течение GEP, Part B начнет действовать первого числа следующего месяца.

Вы можете подать заявку на льготы по программе Medicare, связавшись с Управлением социального обеспечения. Вы можете позвонить по номеру 1-800-772-1213 или посетить офис социального обеспечения вблизи вас. Вы также можете зарегистрироваться онлайн на веб-сайте www.socialsecurity.gov.

When is the General Enrollment Period?



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

Medicare Card: All Medicare beneficiaries should have a Medicare card with an ID number, known as a Medicare beneficiary identifier (MBI). The MBI is made up of 11 characters, consisting of both uppercase letters and numbers. If you need to replace your Medicare card, call 1-800-MEDICARE or log into your Medicare.gov account to print one.

Choices in the Medicare Program

Medicare beneficiaries have a choice in how they receive their Medicare benefits (see page 4 for a decision tree). They can either choose 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 choose a Medicare Advantage plan, in which a private company provides them with all Medicare benefits. This section below explains how Original Medicare functions, as well as costs in the Original Medicare program. See page 25 for information on Medicare Advantage plans.

Medicare Part A Benefits

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

Inpatient Hospital Care:

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

Когда начинается и сколько длится общий период регистрации?



Зарегистрируйтесь
на Part B с 1 января
по 31 марта



Покрытие
начинается
1 июля

Регистрация на Medicare Part A более гибкая, чем регистрация на Part B. Лица, имеющие право на Part A без внесения страхового взноса в возрасте 65 лет, могут зарегистрироваться на Medicare Part A в любое время, и покрытие может вступить в силу задним числом на период до 6 месяцев, но не ранее месяца, когда человек получил право на Medicare. Те, кто не имеет 40 кварталов (кредитов) покрытия через социальное обеспечение, могут подать заявку на Part A и заплатить страховой взнос. Эти люди могут зарегистрироваться только во время первоначального периода регистрации, а после него — только во время общего периода регистрации с 1 января по 31 марта. На таких людей может быть наложен штраф за позднюю регистрацию.

Карта Medicare: Все бенефициары Medicare должны иметь карту Medicare с идентификационным номером (ID number), который называют идентификатором бенефициара Medicare (Medicare beneficiary identifier, MBI). MBI состоит из 11 символов и включает буквы верхнего регистра и цифры. Если вам нужно заменить вашу карту Medicare, позвоните по номеру 1-800-MEDICARE или войдите в вашу учетную запись на портале Medicare.gov, чтобы распечатать ее.

Варианты программы Medicare

Бенефициары Medicare могут выбирать, как они будут получать льготы по программе Medicare (см. дерево поиска решений на с. 4). Они могут выбрать оригинальный план Medicare, в котором они используют красную, белую и синюю карту Medicare для всех услуг, которые покрываются Part A и Part B, ИЛИ они могут выбрать план Medicare Advantage, по которому частная компания будет предоставлять им все льготы Medicare. Следующий раздел объясняет, как работает оригинальный план Medicare и какие расходы он предусматривает. Информация о планах Medicare Advantage приведена на с. 25.

Льготы Medicare Part A

Medicare Part A покрывает больничный уход в условиях стационара, уход в учреждении с квалифицированным сестринским уходом, медицинский уход на дому и уход в условиях хосписа.

Больничный уход в условиях стационара:

Medicare оплачивает до 90 дней необходимого по медицинским показаниям ухода в больнице общего профиля с сертификацией Medicare или в психиатрической больнице с сертификацией Medicare в течение периода предоставления льгот. **Период предоставления льгот** начинается с момента госпитализации и продолжается до тех пор, пока после вашей выписки из больницы или учреждения с квалифицированным сестринским уходом не пройдет 60 последовательных дней. После окончания одного периода предоставления льгот следующий период начнется, когда вы в следующий раз получите больничный уход в условиях стационара. Бенефициары Medicare имеют 60 дней пожизненного резерва, которые можно использовать после 90-го дня периода предоставления льгот.

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

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

Skilled Nursing Facility Care:

Medicare Part A covers care in a skilled nursing facility (SNF) following a stay of at least three days as an inpatient in a hospital (not counting the day of discharge). Medicare will help pay for up to 100 days in a SNF in a benefit period.

Observation Status

People in a hospital may be considered either inpatient or under observation. Those under observation receive outpatient services while their doctor decides whether to admit them as inpatient or discharge them. 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 toward the minimum three-day inpatient stay required for Medicare Part A to cover care in a Skilled Nursing Facility.

Home Health Care: If you are homebound and require skilled care for an injury or illness, Medicare can pay for care provided in your home by a Medicare-participating home health agency. Home care is covered at 100% by either Part A or Part B. 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 and physical, occupational, and speech therapy. If you are receiving skilled home care, you may also qualify for other home care services, such as a home health aide and a 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 45 for more information on MLTC.

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

Medicare оплачивает максимум 190 дней стационарного психиатрического ухода в психиатрической больнице за всю жизнь. После того, как 190 дней ухода в психиатрической больнице будут использованы, Medicare оплатит дополнительный стационарный психиатрический уход только в больнице общего профиля.

Пока вы являетесь пациентом стационара Medicare Part A поможет оплачивать место в двухместной палате, приемы пищи, общие услуги медсестры, реабилитационные услуги, медикаменты, медицинские принадлежности, лабораторные анализы и рентген. Также покрывается использование операционной и послеоперационной палаты, психиатрическая помощь, отделение интенсивной терапии и кардиологической интенсивной терапии, а также все остальные необходимые по медицинским показаниям услуги и принадлежности.

Уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода

Medicare Part A покрывает уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода (skilled nursing facility, SNF) после пребывания в больнице в качестве пациента стационара в течение по крайней мере трех дней (не включает день выписки). Medicare поможет оплатить до 100 дней в SNF в течение периода предоставления льгот.

Нахождение под наблюдением

Люди в больнице могут быть или пациентом стационара или находится под наблюдением. Лица, находящиеся под наблюдением, получают амбулаторные услуги, пока их доктор принимает решение об их госпитализации в стационар или выписке из больницы. Больницы обязаны предоставлять получателям Medicare уведомление о содержании под амбулаторным наблюдением для Medicare (Medicare Outpatient Observation Notice, MOON), если их держат под наблюдением дольше 24 часов. Нахождение под наблюдением покрывает Part B, а не Part A, и оно не входит в минимальное трехдневное пребывание в стационаре, необходимое для того, чтобы Medicare Part A покрывала уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.

Медицинский уход на дому: Если вы прикованы к дому и нуждаетесь в квалифицированном уходе в связи с травмой или болезнью, Medicare может оплатить уход, предоставляемый у вас дома учреждением медицинской помощи на дому. Медицинский уход на дому покрывается на 100% по Part A или Part B. Для получения права на уход на дому не требуется предварительное пребывание в больнице. Услуги могут предоставляться в течение неполного рабочего дня или время от времени, но не в течение полного рабочего дня. Покрытие предоставляется для квалифицированного ухода, включая квалифицированный сестринский уход, а также физиотерапию, эрготерапию и лечение дефектов речи. Если вы получаете квалифицированный уход, то, возможно, вы также имеете право на другие услуги по уходу на дому, в частности, на помощника по уходу на дому или медицинского социального работника.

Лица, являющиеся получателями как Medicare, так и Medicaid, получающие услуги по уходу на дому через Medicaid, обязаны зарегистрироваться на план управляемого долгосрочного ухода (managed long-term care, MLTC). Более подробная информация о MLTC приведена на с. 45.

Хосписный уход Получатели Medicare с терминальной стадией какого-либо заболевания могут по желанию получать хосписный уход вместо обычных льгот Medicare. Хосписный уход сосредоточен на предоставлении комфорта и облегчению боли. Такой уход обычно предоставляется на дому и может включать физический уход, психологическую помощь, рецептурные медикаменты, оборудование и принадлежности для терминальной стадии заболевания и связанных с ним нарушений здоровья.

Part A Costs (2022)

Premium: Free if you or your spouse have worked and paid into Social Security for at least 40 quarters (10 years).

- Those with less than 40 quarters of coverage with Social Security can purchase Part A coverage.
 - If you have less than 30 quarters of Social Security coverage, your Part A premium will be \$499 a month. If you have 30 to 39 quarters, your Part A premium will be \$274 per month.
 - The QMB Medicare Savings Program may be able to pay the Part A premium for those who do not qualify for premium-free Part A. See page 38.

Inpatient Costs

Deductible: \$1,556 per benefit period (covers days 1-60)

Additional cost sharing:

- \$389 per day for days 61-90
- \$778 per Lifetime Reserve Day (60 days)

Skilled Nursing Facility Costs

Days 1-20: Medicare pays 100%

Days 21-100: You pay \$194.50 per day

If you require more than 100 days of care in a benefit period, you are responsible for all charges beginning with the 101st day.

Medicare Part B Benefits

Part B of Medicare pays for a wide range of medical services and supplies. Most importantly, it helps pay doctor bills. Medically necessary services provided by 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 covers:

- Ambulance transportation
- Blood, after the first 3 pints
- Durable medical equipment
- Flu, COVID-19, pneumonia & hepatitis B vaccines
- Home care (see page 9)
- Injectables
- Lab tests (covered at 100%)
- Medical supplies (including test strips and lancets used with blood glucose monitors)
- Mental health care
- Outpatient hospital services
- Physical, speech & occupational therapy
- Physician services
- Preventive & screening tests
- X-rays

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

Стоимость Part A (2022)

Страховой взнос: Отсутствует, если вы или ваш(а) супруг(а) работали и вносили вклад в социальное обеспечение в течение по крайней мере 40 кварталов (10 лет).

- Лица, не имеющие 40 кварталов покрытия через социальное обеспечение, могут приобрести покрытие Part A.
 - Если у вас меньше 30 кварталов покрытия социального обеспечения, то страховой взнос за Part A составит 499 \$ в месяц. Если у вас от 30 до 39 кварталов, то страховой взнос за Part A составит 274 \$ в месяц.
 - В некоторых случаях сберегательная программа Medicare QMB может помочь оплатить страховой взнос за Part A лицам, которые не имеют права на получение Part A без внесения страхового взноса. См. с. 38.

Стоимость стационара

Вычитаемая франшиза: 1556 \$ за период предоставления льгот (покрывает дни 1-60)

Дополнительное совместное покрытие затрат:

- 389 \$ в день для дней 61-90
- 778 \$ за каждый день из пожизненного резерва (60 дней)

Стоимость дней 1-20 в

учреждении

квалифицированного

сестринского ухода Medicare

оплачивает 100%

Дни 21-100 Вы платите 194,50 \$ в день

Если вам требуется более 100 дней ухода в течение одного периода предоставления льгот, то на вас ложатся все расходы, начиная со 101-го дня.

Льготы Medicare Part B

Part B программы Medicare оплачивает широкий ряд медицинских услуг и принадлежностей. Что особенно важно, она помогает оплачивать услуги врачей. Необходимые по медицинским показаниям услуги, предоставляемые врачом, покрываются независимо от того, предоставляются ли они на дому, в офисе врача, в клинике, в центре сестринского ухода или в больнице. Part B покрывает:

- | | |
|--|--|
| ▪ Транспортировку в машине скорой помощи | ▪ Медицинские принадлежности (в том числе полоски индикаторной бумаги и скарификаторы, используемые для глюкометров) |
| ▪ Переливание крови после первых 1,4 литров | ▪ Психиатрический уход |
| ▪ Медицинское оборудование длительного пользования | ▪ Амбулаторные больничные услуги |
| ▪ Вакцинацию от гриппа, COVID-19, пневмонии и гепатита В | ▪ Услуги физиотерапии, лечения дефектов речи и эрготерапии |
| ▪ Уход на дому (см. с. 9) | ▪ Услуги врачей |
| ▪ Инъекционные лекарственные средства | ▪ Профилактические и скрининг-тесты |
| ▪ Лабораторные анализы (покрываются на 100%) | ▪ Рентген |

Medicare не оплачивает плановые проверки зрения (очки), слуховые аппараты, стоматологию, плановые ежегодные медосмотры и другие услуги, которые не покрываются.

What Do You Pay Under Part B?

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

Part B Costs (2022)

Standard monthly **premium** is \$170.10.

- Those with higher incomes (over \$91,000 for individuals, \$182,000 for married couples) are responsible for higher premiums, known as the Income Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA). Social Security determines whether a person is subject to IRMAA by looking at his or her tax return from two years before; IRMAA is re-evaluated each year. For example, for 2022, SSA looks at your 2020 tax filings. You can request that SSA reconsider your IRMAA amount because of a life-changing event (such as a change in work status) by submitting form SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). See page 56 for more information on the current IRMAA amounts.

Annual Deductible: \$233

Coinsurance: 20% (Medicare pays 80% of Medicare-approved amount)

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

Several resources can help cover the cost-sharing under Original Medicare:

- **Medicare Supplement Insurance (Medigap)** helps Medicare beneficiaries pay their share of the Medicare approved amount for covered services. These policies fill in the “gaps” of Medicare’s reimbursement, but only for services that are approved for Medicare coverage. See page 18 for information on Medigap policies.
- **Retiree/Union Benefits** may work with Original Medicare. Speak to your benefits administrator to understand the policy.
- **Medicaid** helps with Medicare cost-sharing, as long as you meet Medicaid eligibility requirements. See page 42 for more information.

How Much Can Providers Charge for Services?

Doctors and other medical providers can choose to have different relationships with the Medicare program. They can be “Participating” providers or “non-Participating” providers, or they can “Opt Out” of the Medicare program. The provider’s relationship affects how much you will pay for his or her services.

- “**Participating**” providers will always accept the Medicare-allowed amount as payment in full (Medicare pays 80% and you pay 20%, after you meet the Part B deductible). If you want to find out whether a provider is participating, you can check the medicare.gov site or call 1-800-MEDICARE.

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Что вы должны оплачивать по Part B?

По Part B программы Medicare бенефициары должны оплачивать ежемесячный страховой взнос, ежегодную вычитаемую франшизу и долю в совместной страховой выплате за большинство услуг. У бенефициаров, которые получают льготы от социального обеспечения, ежемесячный страховой взнос высчитывается из чека. Для лиц, которые не получают социальное обеспечение, оплата страхового взноса обычно взимается раз в квартал.

Стоимость Part B (2022)

Стандартный ежемесячный страховой взнос составляет 170,10 \$.

- Люди с более высоким доходом (свыше 91 000 \$ для одного лица и 182 000 \$ для супружеской пары) должны платить более высокий страховой взнос, который называется суммой ежемесячной корректировки на основе дохода (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Служба социального обеспечения определяет, накладывается ли на человека IRMAA по его или ее налоговой декларации, поданной на два года ранее; IRMAA пересматривается каждый год. Например, для 2022 года Управление социального обеспечения (SSA) смотрит на вашу налоговую документацию за 2020 год. Вы можете попросить, чтобы SSA пересмотрели сумму вашей IRMAA в связи с переломным событием (например, изменением рабочего статуса), подав форму SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). Более подробная информация о текущих суммах IRMAA приведена на с. 56.

Ежегодная вычитаемая франшиза: 233 \$

Доля в совместной страховой выплате: 20% (Medicare оплачивает 80% суммы, одобренной Medicare)

Можно ли получить помощь с совместным покрытием затрат по оригинальному плану Medicare?

Несколько ресурсов могут помочь с долей совместного покрытия затрат по оригинальному плану Medicare:

- **Дополнительное страхование Medicare (Medigap)** помогает бенефициарам Medicare оплачивать их долю одобренной Medicare суммы за покрытые услуги. Такие полисы покрывают пробелы («gaps») в компенсации Medicare, но только для услуг, одобренных для покрытия Medicare. Информация о полисах Medigap приведена на с. 18.
- **Пенсионные/профсоюзные льготы** могут работать с оригинальным планом Medicare. Поговорите с администратором льгот, чтобы понять полис.
- **Medicaid** помогает с совместными затратами, если вы соответствуете условиям получения Medicaid. Более подробная информация приведена на с. 42.

Сколько нужно будет платить поставщикам за их услуги?

Врачи и другие поставщики медицинских услуг могут выбирать, в каких отношениях они работают с программой Medicare. Они могут быть поставщиками-участниками программы, поставщиками, не участвующими в программе, а также могут выбрать не предоставлять услуги в рамках программы Medicare. Отношения поставщика влияют на то, сколько вы будете платить за его или ее услуги.

- **Поставщики-участники программы** всегда принимают сумму, разрешенную Medicare, в качестве полной оплаты (Medicare оплачивает 80%, а вы — 20% после того, как вы потратите сумму вычитаемой франшизы по Part B). Если вы хотите узнать, является ли какой-либо поставщик участником программы, это можно посмотреть на веб-сайте medicare.gov или позвонив по телефону 1-800- MEDICARE.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НІСАР

- **“Non-Participating”** providers still have a relationship with the Medicare program, but they can choose to either **“accept assignment”** or **“not accept assignment”** on each claim. If you learn that a provider is non-participating, ask, “Will the doctor accept assignment for my claim?”
 - If a provider **accepts assignment**, he or she will accept Medicare’s approved amount for a particular service and will not charge you more than the 20% co-insurance (for most services), after you have met the Part B deductible.
 - If a provider does **not accept assignment**, the charges are subject to a “Limiting Charge,” which is an additional charge over the Medicare-approved amount. The Federal Limiting Charge is 15%. Some states, including New York, have lower limiting charges. In NY, if a physician does not accept assignment for a particular service, they can charge no more than 5% above what Medicare allows for that service, with the exception of home and office visits, where the charge can be up to the 15% Federal limiting charge.
 - **NOTE:** It is common for providers who do not accept assignment to request payment at the time of services. The provider will submit the claim to Medicare and Medicare will reimburse the beneficiary for the 80%.
- Providers who **“Opt Out”** of the Medicare program must enter into a “private contract” with any Medicare beneficiary who seeks their treatment. They will set a fee for each specific service, and you agree to pay the costs, understanding that Medicare will not pay the doctor or reimburse you, and that the provider is not limited by Medicare as to how much they can charge. A Medicare supplement policy (Medigap) will not pay any of these costs either. You are still covered by Medicare for services by other providers, even if they may be referred by the opt-out provider.

Advance Beneficiary Notice of Non-Coverage

There is no prior authorization in Original Medicare (with very limited exceptions). If Medicare considers a service medically necessary, it will pay for the service. If Medicare denies a service as not medically necessary, the beneficiary is not responsible to pay for the service unless they have been notified in advance by the provider using the Advance Beneficiary Notice.

If a provider thinks that Medicare might not consider a service “medically necessary,” and therefore not approve a claim, the provider may present you with an “Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (ABN)” form. The form must specify the service in question, and a specific reason why the service may not be paid by Medicare. It must also include a place for you to sign as proof that you understand and accept responsibility to pay for the service. You are not responsible to pay unless you signed a valid ABN. The ABN does not apply to services never covered by Medicare (e.g., hearing aids), which are always your responsibility. You retain appeal rights, even with a signed ABN. See page 13 for a sample ABN.

Medicare Summary Notice

Beneficiaries are encouraged to sign up to receive electronic Medicare Summary Notice (e-MSN) information online. Otherwise, a Medicare Summary Notice (MSN) statement will be mailed quarterly to each Medicare beneficiary for whom a Part A and/or Part B claim was submitted by a provider who accepts Medicare assignment. For claims from providers who do not accept Medicare assignment, an MSN will be mailed as the claims are processed, along with a check to the beneficiary.

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

Beneficiaries can also call 1-800-MEDICARE or log on to their account on medicare.gov for their
Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

- **Поставщики, не участвующие в программе**, все равно находятся в отношениях с программой Medicare, но они могут **«принять утвержденную сумму оплаты»** или **«отклонить утвержденную сумму оплаты»** по каждой страховой претензии. Если вы узнали, что поставщик не является участником программы, спросите: «Этот врач примет утвержденную сумму оплаты по моей страховой претензии?»
 - Если врач **принимает утвержденную сумму оплаты**, это значит, что он или она принимает одобренную программой Medicare сумму за определенную услугу и не возьмет с вас больше 20% совместной страховой выплаты (за большинство услуг) после того, как вы потратите сумму вычитаемой франшизы по Part B.
 - Если поставщик **не принимает утвержденную сумму оплаты**, то на оплату накладывается «ограничивающая надбавка», которая представляет собой дополнительную надбавку к сумме, одобренной программой Medicare. Федеральная ограничивающая надбавка составляет 15%. В некоторых штатах, включая Нью-Йорк, ограничивающие надбавки более низкие. Если врач в Нью-Йорке не принимает утвержденную сумму оплаты за определенную услугу, то он(а) может взимать не больше 5% свыше разрешенной Medicare суммы за этот сервис, за исключением посещений на дому и в офисе, для которых надбавка может составлять до 15% как федеральная ограничивающая надбавка.
 - **ПРИМЕЧАНИЕ:** Поставщики, которые не принимают утвержденную сумму оплаты, обычно запрашивают оплату во время предоставления услуг. Поставщик подает страховую претензию в Medicare и Medicare компенсирует бенефициару 80%.
- Поставщики, которые **не предоставляют услуги** в рамках программы Medicare должны заключить «частный договор» с любым бенефициаром Medicare, которому требуется лечение у этого поставщика. Поставщик установит тариф за каждую конкретную услугу и вы согласитесь оплатить эти суммы, понимая, что Medicare не заплатит врачу и не компенсирует вам расходы, а также то, что Medicare не ограничивает поставщика в том, сколько он может брать с пациентов. Дополнительное страхование Medicare (Medigap) также не покрывает никакие из этих расходов. Услуги других поставщиков по прежнему покрывает Medicare, даже если вас направил к ним поставщик, который не предоставляет услуги в рамках Medicare.

Предварительное уведомление бенефициара об отсутствии страхового покрытия

В оригинальных планах Medicare отсутствует предварительное утверждение лечения (с очень ограниченными исключениями). Если Medicare считает услугу необходимой по медицинским показаниям, то эта программа заплатит за эту услугу. Если Medicare отклоняет услугу как не являющуюся необходимой по медицинским показаниям, бенефициар не обязан оплачивать эту услугу за исключением случаев, когда поставщик заранее уведомил его об этом посредством предварительного уведомления бенефициара (Advance Beneficiary Notice).

Если поставщик думает, что Medicare может не посчитать услугу «необходимой по медицинским показаниям» и, соответственно, не одобрить страховую претензию, то поставщик может выдать вам форму «Предварительное уведомление бенефициара об отсутствии страхового покрытия» (Advance Beneficiary Notice of Non-coverage, ABN). В этой форме необходимо указать затрагиваемую услугу и конкретную причину, по которой Medicare может не оплатить эту услугу. Также в этой форме должно быть место для вашей подписи в качестве доказательства того, что вы понимаете и принимаете обязательство оплатить услугу. Вы не обязаны платить за исключением случаев, когда вы подписали надлежащим образом оформленное уведомление ABN. ABN не требуется для услуг, которые никогда не покрывает Medicare (например, слуховые аппараты), за которые всегда платите вы. Даже в случае подписания уведомления ABN у вас есть право на апелляцию. Пример уведомления ABN приведен на с. 13.

Сводное уведомление Medicare

Бенефициарам рекомендуется подписаться на получение информации о сводном уведомлении Medicare онлайн (e-MSN). Если этого не сделать, то отчет по суммарному уведомлению Medicare (MSN) будет отправляться по почте раз в квартал каждому бенефициару Medicare, для которого поставщик услуг, принимающий утвержденную сумму оплаты Medicare, подал страховое требование по Part A и/или Part B. По страховым требованиям от поставщиков услуг, которые не принимают утвержденную сумму оплаты, Medicare MSN отправляется бенефициару по мере обработки страховых требований вместе с чеком. MSN также содержит информацию по апелляции отклоненных страховых требований Medicare. Узнать информацию о своих страховых требованиях бенефициары также могут по телефону 1-800-MEDICARE или войдя в учетную запись на веб-сайте medicare.gov

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

claim information. They can request to receive the MSN in Spanish by calling 1-800-MEDICARE.

Medicare Appeals

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

For quality-of-care complaints or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, for instance if you believe you are being discharged from the hospital prematurely, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668).

A. Notifier:

B. Patient Name:

C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (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.

<p>G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>

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:
----------------------	-----------------

CMS does not discriminate in its programs and activities. To request this publication in an alternative format, please call: 1-800-MEDICARE or email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

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.

Вы можете запросить MSN на испанском языке, позвонив по телефону 1-800-MEDICARE.

Апелляции Medicare

Если вы не согласны с покрытием или решением касательно оплаты Medicare, вы можете подать апелляцию в Medicare. Сводное уведомление Medicare (MSN) содержит информацию о процессе подачи апелляции. Вам может понадобиться дополнительная информация от поставщика медицинских услуг, чтобы подкрепить ваше дело. Обращайте внимание на сроки подачи апелляции.

Если у вас есть жалобы о качестве ухода или если вам кажется, что ваши услуги по Part A или Part B заканчиваются слишком рано, в частности, если вы считаете, что вас раньше времени выписывают из больницы, позвоните в организацию Livanta по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

A. Notifier:

B. Patient Name:

C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Non-coverage (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.

<p>G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p>
--

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:
---------------	----------

CMS does not discriminate in its programs and activities. To request this publication in an alternative format, please call: 1-800-MEDICARE or email: AltFormatRequest@cms.hhs.gov.

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.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

MEDICARE PREVENTIVE SERVICES

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

Abdominal aortic aneurysm screening	Medicare covers an abdominal aortic screening ultrasound once if you have a family history of abdominal aortic aneurysms or are a man age 65-75 and have smoked at least 100 cigarettes in your lifetime.
Alcohol misuse screening and counseling	Medicare covers an annual screening for alcohol misuse. For those who screen positive, Medicare will also cover up to four brief, face-to-face behavioral counseling interventions annually.
Bone mass measurements	Medicare covers bone mass measurements to identify bone loss or determine bone density every 24 months. Women at risk for osteoporosis or who are receiving osteoporosis drug therapy may be eligible more frequently.
Breast cancer screening (mammogram)	One baseline mammogram is covered between ages 35 and 39. All women with Medicare, aged 40 and older, are provided with coverage for a screening mammogram every 12 months. A diagnostic mammogram is covered at any time there are symptoms of breast cancer. The diagnostic mammogram is subject to the Part B deductible and 20% co-insurance.
Cardiovascular disease (behavioral therapy)	Medicare covers one CVD risk reduction visit annually. The visit encourages aspirin use, screening for high blood pressure, and behavioral counseling to promote a healthy diet.
Cardiovascular disease screening	Medicare covers cardiovascular screenings that check cholesterol and other blood fat (lipid) levels once every 5 years.
Cervical and vaginal cancer screening (Pap smear and pelvic exam)	A pap test, pelvic exam and clinical breast exam are covered every 24 months, or once every 12 months for women at higher risk for cervical or vaginal cancer. All women with Medicare are covered. Part B also covers Human Papillomavirus (HPV) tests (as part of Pap tests) once every 5 years for women age 30-65 without HPV symptoms.
Colorectal cancer screening	<ul style="list-style-type: none"> • Fecal Occult Blood Test is covered once every 12 months. • Flexible Sigmoidoscopy is covered once every 48 months. • Colonoscopy is covered once every 24 months for those at higher risk for colon cancer. For those 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. • Multi-target stool DNA tests: 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 in a primary care setting once every 12 months.
Diabetes screening	Medicare covers up to 2 screenings per year for people at risk for diabetes.

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ MEDICARE

Medicare покрывает практически все профилактические услуги на 100%, и для них не требуется вычитаемая франшиза по Part B и/или 20% совместная страховая выплата. Medicare предоставляет покрытие для следующих профилактических услуг:

Скрининг аневризмы брюшной аорты	Medicare покрывает УЗИ-скрининг аневризмы брюшной аорты, если в семейном анамнезе есть случаи аневризмы брюшной аорты или если вы являетесь мужчиной в возрасте 65-75 лет и выкурили по крайней мере 100 сигарет за свою жизнь.
Скрининг на злоупотребление алкоголем и психологическая помощь	Medicare покрывает ежегодный скрининг на злоупотребление алкоголем. Для тех, кто в результате скрининга получает положительный результат, Medicare также покрывает до четырех коротких психологических интервенций по поведению, проходящих при личной встрече.
Костная денситометрия	Medicare покрывает костную денситометрию для определения потери костной массы или определения плотности костей каждые 24 месяца. Женщины, находящиеся в группе риска по остеопорозу или получающие медикаментозное лечение остеопороза, в некоторых случаях имеют право на эту процедуру чаще.
Скрининг на рак молочной железы (маммография)	Покрывается одна базисная маммография между 35 и 39 годами. Все женщины-получатели Medicare возрастом 40 лет и старше имеют покрытие на скрининг-маммографию каждые 12 месяцев. Диагностическая маммография покрывается в любое время при наличии симптомов рака молочной железы. Диагностическая маммография подлежит вычитаемой франшизе по Part B и 20% доле совместной страховой выплаты.
Сердечно-сосудистые заболевания (поведенческая психотерапия)	Medicare покрывает ежегодные приемы, направленные на снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний. В ходе приема рекомендуется использовать аспирин, проходить скрининг на гипертонию и поведенческую психотерапию для продвижения здорового рациона.
Скрининг на сердечно-сосудистые заболевания	Medicare покрывает скрининги на сердечно-сосудистые заболевания, в ходе которых проверяется уровень холестерина и других жиров (липидов) в крови, раз в 5 лет.
Скрининг на рак шейки матки и рак влагалища (мазок Папаниколау и гинекологический осмотр)	Мазок Папаниколау, гинекологический осмотр и клиническое обследование молочной железы покрываются каждые 24 месяца, а для женщин с высоким риском рака шейки матки или рака влагалища — каждые 12 месяцев. Покрытие действует для всех женщин-получателей Medicare. Part B также включает анализы на папилломавирус человека (ВПЧ) в рамках мазка Папаниколау каждые 5 лет для женщин в возрасте 30-65 лет без симптомов ВПЧ.
Скрининг на рак толстой и прямой кишки	<ul style="list-style-type: none"> Анализ кала на скрытую кровь покрывается каждые 12 месяцев. Гибкая сигмоскопия покрывается каждые 48 месяцев. Колоноскопия покрывается каждые 24 месяца для тех, кто находится в группе высокого риска рака толстой кишки. Для тех, кто не имеет повышенного риска, эта процедура покрывается раз в 10 лет, но не ранее, чем через 48 месяцев после гибкой сигмоскопии. Бариевая клизма: можно заменить на гибкую сигмоскопию или колоноскопию; вы платите 20% от утвержденной Medicare суммы. Многоцелевые анализы ДНК стула: покрываются каждые 3 года для получателей Medicare возрастом от 50 до 85 лет; у которых отсутствуют признаки или симптомы колоректальных заболеваний; и которые имеют средний риск развития рака толстой и прямой кишки.
Скрининг на депрессию	Medicare покрывает скрининг на депрессию в первичном звене здравоохранения раз в 12 месяцев.
Скрининг на диабет	Medicare покрывает до 2 скринингов в год для людей, имеющих риск диабета.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НІСАР

Diabetes prevention program	Medicare covers a one-time health behavior change program to help prevent type 2 diabetes for people who meet the clinical requirements and who have never been diagnosed with type 1 or type 2 diabetes or End-Stage Renal Disease (ESRD).
Diabetes self-management training	Medicare covers training for people with diabetes on how to manage their condition and prevent complications.
Glaucoma tests	People at high risk for glaucoma, including those with diabetes or a family history of glaucoma, are covered once every 12 months. You pay 20% of the Medicare-approved amount after the Part B deductible.
Hepatitis B virus infection screening	Medicare covers an annual Hep B screening for those at risk who do not get a Hep B shot; Medicare also covers Hep B screening for those who are pregnant.
Hepatitis C screening test	Medicare covers one Hepatitis C screening test for people born between 1945 and 1965, and a yearly repeat screening for people at high risk.
HIV screening	Covered once every 12 months for any beneficiary who requests the test.
Lung cancer screening	Medicare covers lung cancer screening every 12 months for people age 50-77 who either smoke currently or have quit within the last 15 years.
Medical Nutrition therapy	Medicare covers 3 hours of one-on-one counseling services the first year, and 2 hours each year after that for beneficiaries with diabetes or kidney disease.
Obesity screening and counseling	If you have a body mass index of 30 or more, Medicare covers a dietary assessment as well as intensive behavioral counseling and behavioral therapy.
Physical exam	An initial preventive physical exam is covered during the first twelve months of Medicare Part B enrollment. Also, an annual wellness visit is covered for all people with Medicare Part B, but not within 12 months of the initial exam.
Prostate cancer screening	Digital Rectal Examination is 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 is covered once every 12 months for men aged 50 and older.
Sexually transmitted infections (STIs) screening and counseling	Medicare covers screening for chlamydia, gonorrhea, syphilis, and Hepatitis B, as well as high intensity behavioral counseling (HIBC) to prevent STIs. The screening tests are covered once every 12 months, in addition to up to two individuals 20-to-30-minute, counseling sessions annually for those at increased risk for STIs.
Tobacco use cessation counseling	Medicare will cover up to 8 face-to-face counseling sessions on stopping smoking during a 12-month period for beneficiaries who use tobacco.
Vaccinations/shots	COVID-19 Flu is covered once per flu season Pneumonia is usually needed only once in a lifetime. A different, second shot is covered 12 months after you get the first shot. Hepatitis B is covered if at high or intermediate risk.

половым путем (ЗППП) и консультации	скрининговые анализы раз в 12 месяцев, а также до двух индивидуальных консультаций длительностью 20-30 минут для людей с повышенным риском ЗППП.
Скрининг на злоупотребление алкоголем и психологическая помощь	Medicare покрывает ежегодный скрининг на злоупотребление алкоголем. Для тех, кто в результате скрининга получает положительный результат, Medicare также покрывает до четырех коротких психологических интервенций по поведению, проходящих при личной встрече.
Скрининг на рак легких	Medicare покрывает скрининг на рак легких каждые 12 месяцев для людей возрастом 50-77, которые в настоящее время курят или бросили курить в течение последних 15 лет.
Скрининг на рак молочной железы (маммография)	Покрывается одна базисная маммография между 35 и 39 годами. Все женщины-получатели Medicare возрастом 40 лет и старше имеют покрытие на скрининг-маммографию каждые 12 месяцев. Диагностическая маммография покрывается в любое время при наличии симптомов рака молочной железы. Диагностическая маммография подлежит вычитаемой франшизе по Part B и 20% доле совместной страховой выплаты.
Скрининг на рак предстательной железы	Пальцевое исследование прямой кишки покрывается раз в 12 месяцев для мужчин возрастом 50 лет и старше. После вычитаемой франшизы вы платите 20% от утвержденной Medicare суммы. Анализ крови на простатический специфический антиген (PSA) покрывается каждые 12 месяцев для мужчин возрастом 50 лет и старше.
Скрининг на рак толстой и прямой кишки	<ul style="list-style-type: none"> • Анализ кала на скрытую кровь покрывается каждые 12 месяцев. • Гибкая сигмоскопия покрывается каждые 48 месяцев. • Колоноскопия покрывается каждые 24 месяца для тех, кто находится в группе высокого риска рака толстой кишки. Для тех, кто не имеет повышенного риска, эта процедура покрывается раз в 10 лет, но не ранее, чем через 48 месяцев после гибкой сигмоскопии. • Бариевая клизма: можно заменить на гибкую сигмоскопию или колоноскопию; вы платите 20% от утвержденной Medicare суммы. • Многоцелевые анализы ДНК стула: покрываются каждые 3 года для получателей Medicare возрастом от 50 до 85 лет; у которых отсутствуют признаки или симптомы колоректальных заболеваний; и которые имеют <u>средний риск развития рака толстой и прямой кишки.</u>
Скрининг на рак шейки матки и рак влагалища (мазок Папаниколау и гинекологический осмотр)	Мазок Папаниколау, гинекологический осмотр и клиническое обследование молочной железы покрываются каждые 24 месяца, а для женщин с высоким риском рака шейки матки или рака влагалища — каждые 12 месяцев. Покрытие действует для всех женщин-получателей Medicare. Part B также включает анализы на папилломавирус человека (ВПЧ) в рамках мазка Папаниколау каждые 5 лет для женщин в возрасте 30-65 лет без симптомов ВПЧ.
Скрининг на сердечно-сосудистые заболевания	Medicare покрывает скрининги на сердечно-сосудистые заболевания, в ходе которых проверяется уровень холестерина и других жиров (липидов) в крови, раз в 5 лет.
Тест на глаукому	Люди с высоким риском глаукомы, особенно те, кто страдает диабетом или у кого в семейном анамнезе есть случаи глаукомы, покрываются каждые 12 месяцев. После вычитаемой франшизы вы платите 20% от утвержденной Medicare суммы.
Тренинг по самопомощи при диабете	Medicare покрывает тренинг для людей с диабетом, обучающий их тому, как управлять своим состоянием и не допускать осложнений.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

MEDICARE AS SECONDARY PAYER WHO PAYS FIRST?

If you have Medicare along with other health insurance coverage, you need to understand which is primary, and which is secondary. The primary insurance will consider the claim first and the secondary insurance will consider any balance remaining 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 them to 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 your Medicare.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 when you have Medicare and insurance from a current employer:

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

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

MEDICARE КАК ВТОРОСТЕПЕННАЯ СТРАХОВКА. КТО ПЛАТИТ ПЕРВЫМ?

Если у вас есть Medicare, а также другая медицинская страховка, но вам необходимо понимать, какая из них является основной, а какая — второстепенной. Сначала страховое требование будет рассматривать основная страховка, после чего второстепенная страховка будет рассматривать баланс, оставшийся после оплаты или отклонения страхового требования основной страховкой.

Новые бенефициары Medicare получают по почте письмо с просьбой заполнить анкету первоначальной регистрации (Initial Enrollment Questionnaire, IEQ). В этой анкете вас спросят, если ли у вас групповой план медицинского страхования через вашего работодателя или работодателя члена вашей семьи. Анкету IEQ можно заполнить онлайн в вашей учетной записи на веб-сайте Medicare.gov или по телефону, позвонив 1-855-798-2627.

Если у вас есть вопросы о том, какая страховка является основной, или в случае изменения вашего покрытия, позвоните в Центр координации и восстановления льгот (Benefits Coordination & Recovery Center, BCRC) по телефону 1-855-798-2627.

В этой таблице показано, какая страховка является основной, если у вас есть Medicare и страховка от текущего работодателя:

ВЫ...	У ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ...	MEDICARE ЯВЛЯЕТСЯ...
65+ и имеете страховой план от работодателя	Менее 20 работников	Основной страховкой, а план от работодателя — второстепенной
65+ и имеете страховой план от работодателя	20 и больше работников	Второстепенной страховкой, а план от работодателя — основной.
65+ и имеете страховой план от работодателя супруга(и)	Менее 20 работников	Основной страховкой, а план от работодателя — второстепенной
65+ и имеете страховой план от работодателя супруга(и)	20 и больше работников	Второстепенной страховкой, а план от работодателя — основной.
Имеете инвалидность, вам до 65 лет и вы имеете страховой план от работодателя	Менее 100 работников	Основной страховкой, а план от работодателя — второстепенной
Имеете инвалидность, вам до 65 лет и вы имеете страховой план от работодателя	100 и больше работников	Второстепенной страховкой, а план от работодателя — основной.
Имеете инвалидность, вам до 65 лет и вы покрываетесь страховым планом другого члена семьи	Менее 100 работников	Основной страховкой, а план от работодателя — второстепенной
Имеете инвалидность, вам до 65 лет и вы покрываетесь страховым планом другого члена семьи	100 и больше работников	Второстепенной страховкой, а план от работодателя — основной.
Любого возраста, у вас терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН) и вы покрываетесь планом от своего работодателя или члена семьи	Любое количество работников	Второстепенной страховкой в течение первых 30 месяцев после регистрации на Medicare. Через 30 месяцев Medicare становится основной страховкой.

Групповые планы медицинского страхования от работодателя (Employer Group Health Plans, EGHP) и Medicare Когда у людей есть страховое покрытие и от работодателя, и через Medicare, размер компании-работодателя определяет, будет ли Medicare основной или второстепенной страховкой.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

- **Working after age 65:** If you have health insurance coverage through your or your spouse's active employment, and the employer has 20 or more employees, the EGHP is primary, and Medicare is secondary. If the employer has fewer than 20 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary. Some employers require that employees eligible for Medicare enroll in Medicare Part A and/or B; it is advised to contact the employer about this issue.

As you approach retirement, you need to consider enrolling in Medicare Part B, since it will be the primary insurance when you retire. See page 7 for information on Medicare's Special Enrollment Period.

- **Disability and Medicare:** If you have health insurance coverage based on your own, your spouse's or another family member's active employment, with an employer of 100 or more employees, the EGHP is primary, and Medicare is secondary. If the employer has fewer than 100 employees, then Medicare is primary and the EGHP is secondary.
- **End Stage Renal Disease (ESRD):** Some individuals are eligible for Medicare coverage because they have End Stage Renal Disease and are either receiving maintenance dialysis treatments or have had a kidney transplant. If they have an EGHP (regardless of whether it is based on current employment), that coverage is primary during the first 30 months of Medicare eligibility. After 30 months, Medicare is primary.
- **Worker's Compensation and Medicare:** Worker's Compensation is usually primary in the event of a job-related injury and covers only health care expenses related to the injury.
- **Liability Insurance and Medicare:** In the case of an accident or injury, medical care expenses 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 in this situation to avoid delays in reimbursement to providers and beneficiary liability. Medicare will pay the claim and later seek to recover the conditional payments from the settlement amount. The Benefits Coordination & Recovery Center (BCRC) assists with this function.

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

Federal Employee Health Benefits (FEHB): Unlike most retiree plans which require enrollment in Medicare, the Federal Employees Health Benefits (FEHB) program can continue to pay as primary if you do not enroll in Medicare. FEHB retirees can choose to enroll in Part B or not. They have three options:

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. However, 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 may be subject to a late enrollment penalty.

- **Работа после 65 лет:** Если у вас есть медицинское страховое покрытие на основе вашего активного трудоустройства или активного трудоустройства вашего(ей) супруга(и), и если у работодателя 20 и больше наемных работников, то EGNP является основной страховкой, а Medicare — второстепенной. Если у работодателя менее 20 наемных работников, то Medicare является основной страховкой, а EGNP — второстепенной. Некоторые работодатели требуют от работников, имеющих право на получение Medicare, зарегистрироваться на Medicare Part A и/или Part B; мы рекомендуем связаться с работодателем по этому вопросу. Когда вы приближаетесь к выходу на пенсию, вам стоит подумать о регистрации на Medicare Part B, так как это будет вашей основной страховкой на пенсии. Информация о специальном периоде регистрации приведена на с. 7.
- **Инвалидность и Medicare:** Если у вас есть медицинское страховое покрытие на основе вашего активного трудоустройства или активного трудоустройства вашего(ей) супруга(и), и если у работодателя 100 и больше наемных работников, то EGNP является основной страховкой, а Medicare — второстепенной. Если у работодателя менее 100 наемных работников, то Medicare является основной страховкой, а EGNP — второстепенной.
- **Терминальная стадия хронической почечной недостаточности (ТХПН):** Некоторые люди имеют право на покрытие Medicare в связи с тем, что у них терминальная стадия хронической почечной недостаточности и они находятся на поддерживающем диализе либо им пересадили почку. Если у них есть покрытие EGNP (независимо от того, предоставляется ли это покрытие на основе текущего трудоустройства), то это покрытие является основным в течение первых 30 месяцев после получения права на Medicare. Через 30 месяцев Medicare становится основной страховкой.
- **Компенсация трудящимся, получившим травмы на работе (Worker's Compensation), и Medicare:** Компенсация трудящимся обычно является основной страховкой в случае производственной травмы и покрывает только медицинские расходы, связанные с травмой.
- **Страхование ответственности (Liability Insurance) и Medicare:** В случае несчастного случая или травмы расходы на медицинский уход могут покрываться другими видами страхования, в частности, страхованием без вины страхователя или автомобильным страхованием, страхованием недвижимости или страхованием профессиональной ответственности. Ввиду того, что урегулирование многих страховых претензий по ответственности занимает долгое время, в этой ситуации Medicare может вносить платежи на определенных условиях во избежание задержек в компенсации поставщиков услуг и ответственности бенефициара. Medicare заплатит по страховой претензии, а позднее будет требовать компенсации условных платежей из суммы страхового возмещения. В этих вопросах помогает Центр координации и восстановления льгот (BCRC).

Медицинское страхование пенсионеров: По большому счету, если у вас есть и Medicare, и медицинская страховка пенсионеров, то Medicare является основной страховкой, а медицинская страховка пенсионеров — второстепенной. Некоторые пенсионные льготы больше похожи на дополнение к оригинальному плану Medicare, а другие работают больше как план Medicare Advantage. Поговорите с администратором льгот, чтобы понять, как ваши пенсионные льготы будут взаимодействовать с Medicare.

Медицинские льготы федеральных служащих (Federal Employee Health Benefits, FEHB): В отличие от большинства пенсионных планов, которые требуют регистрацию в Medicare, программа медицинских льгот федеральных служащих (FEHB) может продолжать служить основной страховкой, если вы не регистрируетесь на Medicare. Пенсионеры, имеющие покрытие FEHB, могут по желанию зарегистрироваться на Part B. У них есть три варианта:

1. FEHB БЕЗ Part B. Эти участники будут и дальше получать покрытие через FEHB без регистрации в Medicare, что позволит им избежать оплаты ежемесячного страхового взноса за Part B. Однако, если эти люди позднее решат, что им нужна Part B, то им придется дождаться следующего общего периода регистрации, чтоб записаться на Part B и на них может быть наложен штраф за позднюю регистрацию.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

2. FEHB and Part B. Members can continue with their FEHB coverage and also enroll in Part B. Some FEHB plans may provide an incentive to enroll in Medicare, such as 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 be eligible 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>.

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE (Medigap)

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

Why do I need a Medigap policy?

A Medigap policy pays your share of out-of-pocket health service costs covered by Medicare. For example, a Medigap policy might cover the Part A deductible, the Part B outpatient coinsurance of 20% of allowed charges, and other costs. **Note: some plans cover only 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 plans are available?

There are ten standard Medigap plans available, designated “A” through “N.” All the plans cover the basic benefit package: plans B through N combine this with an array of additional benefits. Medigap 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. They should bear in mind, however, that if they decide to switch to a new plan, they will not be allowed to go back to their old plan.

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

When can I buy a Medigap policy?

In New York State, you can purchase a Medigap policy at any time once 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.

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

2. FENB и Part B. Эти участники могут и дальше получать покрытие через FENB, а также зарегистрироваться на Part B. Некоторые планы FENB могут поощрять регистрацию в Medicare, например, такими способами как освобождение от совместных платежей, вычитаемой франшизы и совместных страховых выплат по плану FENB. Люди, которые решили получать покрытие и от Medicare, и от FENB, должны будут платить страховые взносы и за FENB, и за Part B.
3. Part B БЕЗ FENB. В отличие от большинства пенсионеров, пенсионеры федеральных организаций могут ПРИОСТАНОВИТЬ (но не аннулировать) свое пенсионное покрытие и зарегистрироваться на план Medicare Advantage, который может иметь более низкий ежемесячный страховой взнос или вообще не предусматривать дополнительных страховых взносов. Люди, выбирающие этот вариант, все равно должны зарегистрироваться на Part B, чтобы получить право регистрации на план Medicare Advantage, но они могут избежать более высоких страховых взносов плана FENB. Кроме того, они могут по желанию вернуться к покрытию FENB в течение следующего открытого периода регистрации FENB.

Дальнейшая информация о Medicare и FENB доступна на веб-сайте Службы управления персоналом (Office of Personnel Management, OPM) по адресу <http://www.opm.gov/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf>, и <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ Medicare (Medigap)

Дополнительное страхование Medicare (Medigap) разработано специально для того, чтобы помочь с совместными затратами на покрытие Part A и Part B оригинального плана Medicare. Эти полисы регулируются федеральным законодательством и законодательством штатов и могут приобретаться только у частных компаний. Для приобретения полиса Medigap вы должны иметь Medicare Part A и Part B. Полисы Medigap, которые продаются в настоящее время, не покрывают медикаменты.

Зачем мне полис Medigap?

Полис Medigap платит за долю расходов на медицинские услуги, покрываемые Medicare, которую вы должны оплачивать из собственных средств. Например, полис Medigap может покрывать вычитаемую франшизу Part A, 20% разрешаемых расходов совместных страховых выплат за амбулаторные услуги по Part B и другие расходы. **Примечание: некоторые планы покрывают только какую-либо долю этих расходов, а другие покрывают их полностью.** Участникам плана Medicare Advantage не следует регистрироваться на план Medigap, так как это приведет к двойному покрытию того, что уже покрывается планом Medicare Advantage.

Какие есть планы Medigap?

Есть десять стандартных планов Medigap, обозначаемых буквами от A до N. Все эти планы покрывают пакет базовых льгот, а планы от B до N также имеют ряд дополнительных льгот. Планы Medigap E, H, I и J больше не доступны новым участникам; лица, подписанные на эти полисы, могут продолжать получать текущее покрытие, но им рекомендуется сравнить льготы с суммой страхового взноса, чтобы убедиться, что их план по-прежнему остается выгодным. Также обратите внимание, что при переходе на другой план, вы не сможете вернуться к старому плану. Лица, получившие право на Medicare 1 января 2020 г. или позже, не смогут приобретать планы Medigap C и F, в том числе план F с высокой вычитаемой франшизой.

Когда можно приобрести полис Medigap?

В штате Нью-Йорк вы можете приобрести полис Medigap в любое время после регистрации в Medicare. Возможность приобрести этот полис предоставляется также лицам, не достигшим возраста 65 лет и получающим Medicare в связи с инвалидностью.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

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 plan for a certain period before switching to a different plan that they offer. However, you can still get the desired plan from a different company that offers it.

How do I choose a Medigap policy?

Since Medigap plans are standardized, you first need to decide the level of coverage you need. Once you establish which set of benefits is right for you, you can compare the premium, service and reputation of the insurance companies offering the plan that suits your needs. Most Medigap insurers have an arrangement with Medicare where your claims are forwarded electronically from Medicare to the Medigap insurer, so that you and your provider do not need to submit a claim to your Medigap plan separately. Companies can bill the policy 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 the 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 require a different level of coverage. For example, when your health needs are greater, you can arrange to purchase a Plan G, if you find plan B is too limited. The new Medigap policy would replace the previous one. DO NOT CANCEL THE OLD POLICY UNTIL THE NEW ONE IS IN EFFECT.

How are premiums determined?

In New York State, you are protected by “community rating.” The monthly premium set by an insurance company for one of its standard Medigap policies must be the same for all individuals in a certain geographic area regardless of their age, gender or health condition. See page 24 for a listing of insurance companies and their premiums for Medicare beneficiaries in New York City.

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

The maximum period that Medigap coverage can be denied for a pre-existing health condition is the first six months of a new policy and only for claims that are directly related to that condition. A pre-existing condition is one for which medical advice was given, or treatment 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 if (1) you buy a policy during the open enrollment period when you are first eligible for Medicare at age 65 or (2) you were covered under a previous health plan for at least six months without an interruption of more than 63 days. If your previous health plan coverage was for less than six months, your new Medigap policy must credit you for the number of months you had coverage. Some insurers have shorter waiting periods for pre-existing conditions. A chart with the waiting periods for pre-existing conditions can be found online at www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

Когда можно переходить с одного полиса Medigap на другой?

В штате Нью-Йорк вы можете менять компанию, которая предоставляет вам полис Medigap, и вид самого полиса Medigap в любое время. Некоторые компании требуют пользования планом в течение определенного периода времени, до истечения которого вы не сможете перейти на другой план, который они предлагают. Однако, вы все равно можете получить желаемый план от другой компании, которая его предлагает.

Как выбрать полис Medigap?

Планы Medigap стандартизированы, поэтому вам сначала нужно выбрать необходимый уровень покрытия. После того, как вы выясните необходимый для вас набор льгот, вы можете сравнить страховой взнос, услуги и репутацию страховых компаний, предлагающих подходящий вам план. Большинство страховых компаний Medigap имеют договор с Medicare, по которому Medicare отправляет ваши страховые требования страховой компании Medigap в электронной форме, так что вам и вашему поставщику услуг не нужно отдельно подавать страховое требование плану Medigap. Компании взимают страховой взнос за полис ежемесячно, ежеквартально или ежегодно; возможно, вы предпочитаете определенный график выплат.

Насколько я защищен(а)?

Все стандартные полисы Medigap, имеющиеся в продаже сегодня гарантируют возможность продления. Страховые компании не могут отказать вам в продлении полиса за исключением случаев, когда вы не платите страховой взнос или если вы предоставили неправдивые сведения в заявке. Федеральное законодательство запрещает страховым компаниям или консультантам продавать вам второй полис Medigap, дублирующий покрытие, которое у вас уже есть, тем самым защищая вас от принуждения приобретать больше покрытия, чем вам необходимо. Вы можете перейти на другой полис Medigap, как только вам потребуется другой уровень покрытия. Например, если ваши потребности возросли, вы можете приобрести план G, если решите, что план B слишком ограничен. Новый полис Medigap заменит собой предыдущий. НЕ АННУЛИРУЙТЕ СТАРЫЙ ПОЛИС ДО ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ НОВОГО.

Как устанавливаются страховые взносы?

В штате Нью-Йорк вас защищает принцип «территориального тарифа» (community rating). Ежемесячные страховые платежи, устанавливаемые страховой компанией за один из стандартных полисов Medigap, должны быть одинаковыми для всех лиц на определенной территории, независимо от их возраста, пола или состояния здоровья. Перечень страховых компаний и их страховые взносы для бенефициаров Medicare в г. Нью-Йорк приведен на странице 24.

Когда начнется мое покрытие, если у меня уже есть нарушения здоровья?

Максимальный срок, в течение которого в покрытии Medigap для уже существующих нарушений здоровья может быть отказано, составляет первые шесть месяцев нового полиса, и это относится только к страховым требованиям, которые непосредственно связаны с этим нарушением здоровья. Уже существующим нарушением здоровья считается такое нарушение, по которому врач дал медицинскую консультацию, порекомендовал или провел лечение в течение шести месяцев, предшествующих дате вступления в силу покрытия. У вас может быть право на **немедленное** покрытие для уже существующих нарушений здоровья, если (1) вы приобрели полис во время открытого периода регистрации, когда вы впервые получили право на Medicare в возрасте 65 лет или (2) у вас было покрытие по предыдущему плану медицинского страхования в течение по крайней мере шести месяцев без прерывания на срок, превышающий 63 дня. Если ваш предыдущий план медицинского страхования длился менее шести месяцев, ваш новый полис Medigap должен засчитать вам количество месяцев, в течение которых у вас было покрытие. У некоторых страховых компаний более короткие сроки ожидания для уже существующих нарушений здоровья. Таблицу сроков ожидания для уже существующих нарушений здоровья можно посмотреть онлайн по адресу www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

What paperwork will I receive from my Medigap insurer?

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

STANDARD MEDIGAP PLANS

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

PLAN A (the basic policy) provides these **basic benefits**:

- Coverage for the Part A copayment (\$389 per day in 2022) for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for the Part A copayment (\$778 per day in 2022) for each of Medicare's 60 non-renewable inpatient hospital lifetime reserve days.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage of 100% of eligible Medicare Part A 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 for Part B services (generally 20% of the Medicare approved amount), after the annual deductible is met (\$233 in 2022).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible (\$1,556 per benefit period in 2022).

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

- Coverage for the Medicare Part A inpatient hospital deductible.
- Coverage for the skilled nursing facility care copayment (\$194.50 per day for days 21 through 100 per benefit period in 2022).
- Coverage for the Medicare Part B deductible (\$233 per calendar year in 2022).
- Coverage for 80% of the cost of medically necessary emergency care in a foreign country, after a \$250 deductible, with a \$50,000 lifetime maximum benefit.

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

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

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

Какие документы я получу от страховой компании Medigap?

Страховая компания Medigap должна послать вам копию Разъяснения льгот (Explanation of Benefits, EOB) в качестве доказательства того, что она заплатила свою долю по вашим требованиям. EOB вместе со сводным уведомлением Medicare (MSN), которое вы получаете от Medicare, даст вам полную информацию касательно того, как было обработано ваше страховое требование.

СТАНДАРТНЫЕ ПЛАНЫ MEDIGAP

Далее приведены описания десяти стандартных планов Medigap, от А до N, и льготы, предоставляемые каждым планом:

ПЛАН А (базовый полис) предоставляет такие **базовые льготы**:

- Покрытие совместных платежей Part A (389 \$ в день в 2022 г.) за дни 61-90 госпитализации в каждом периоде предоставления льгот Medicare.
- Покрытие совместных платежей Part A (778 \$ в день в 2022 г.) за каждый из 60 дней непополняемого пожизненного резерва стационарного больничного лечения Medicare.
- Покрытие 100% соответствующих требованиям больничных расходов Medicare Part A после истощения всех больничных льгот Medicare. Покрытие дает максимум 365 дней дополнительного стационарного больничного ухода за всю жизнь держателя полиса.
- Покрытие совместных затрат на хосписный уход по Medicare Part A.
- Покрытие приемлемых затрат на первые 1,4 литра крови (или эквивалентное количество эритроцитарной массы) в календарный год в рамках Medicare Part A и Part B, за исключением случаев замены в соответствии с федеральными правилами.
- Покрытие совместных страховых выплат за услуги Part B (обычно 20% одобренной Medicare суммы) после выплаты вычитаемой франшизы (233 \$ в 2022).

ПЛАН В включает **базовые льготы, а также**

- Покрытие вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A (1556 \$ за каждый период предоставления льгот в 2022 г.)

ПЛАН С¹ включает **базовые льготы, а также**

- Покрытие вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода (194,50 \$ в день за дни с 21 по 100 в течение каждого периода предоставления льгот в 2022 г.)
- Покрытие вычитаемой франшизы по Medicare Part B (233 \$ за календарный год в 2022 г.)
- Покрытие 80% стоимости ухода, необходимого по медицинским показаниям, за границей после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

ПЛАН D включает **базовые льготы, а также**

- Покрытие вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие ежедневных совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80% стоимости ухода, необходимого по медицинским показаниям, во время поездки за границу после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

¹ Планы С, F и F+ доступны только для людей, которые впервые получили право на Medicare 1 января 2020 г.

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

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

PLAN F+¹ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan F, but beneficiaries must satisfy a high deductible (\$2,490 in 2022) before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums.

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

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

PLAN G+ (high deductible)

- Same benefits as the Standard Plan G, but beneficiaries must satisfy a high deductible (\$2,490 in 2022) before the plan pays anything. This amount can go up every year. High deductible policies have lower premiums. Although Plan G does not cover the Part B deductible, the amount that you pay towards that deductible is credited towards the G+ deductible.

Medigap plans E, H, I and J are no longer sold to new policyholders. However, individuals who currently have an E, H, I, or J plan can keep their policies.

PLAN K³ includes the **basic benefits, 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% of the coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment for each of Medicare's 60 non-renewable inpatient hospital lifetime 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

² The plan pays the difference between Medicare's approved amount for Part B services and the limiting charge set by either Medicare or state law.

³ The basic benefits for plans K, L, and N are similar to those for plans A-G, but with some different levels of cost-sharing. The annual out-of-pocket limits for plans K and L can change each year.

ПЛАН F¹ включает базовые льготы, а также

- Покрытие вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие ежедневных совместных страховых выплат за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие вычитаемой франшизы за Medicare Part B.
- Покрытие 100% дополнительных надбавок по Medicare Part B, также называемых ограничивающей надбавкой 2.
- 80% покрытие ухода, необходимого по медицинским показаниям, во время поездки за границу после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

ПЛАН F+₁ (высокая вычитаемая франшиза)

- Такие же льготы, как в стандартном плане F, но бенефициары должны выплатить высокую вычитаемую франшизу (2 490 \$ в 2022 г.) перед тем, как план начнет что-либо оплачивать. Эта сумма может повышаться каждый год. Полисы с высокой вычитаемой франшизой имеют более низкие страховые взносы.

ПЛАН G включает базовые льготы, а также

- Покрытие вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие ежедневных совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 100% дополнительных надбавок по Medicare Part B, также называемых ограничивающей надбавкой².
- Покрытие 80% стоимости ухода, необходимого по медицинским показаниям, за границей после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

ПЛАН G+ (высокая вычитаемая франшиза)

- Некоторые льготы, как в стандартном плане G, но бенефициары должны выплатить высокую вычитаемую франшизу (2 490 \$ в 2022 г.) перед тем, как план начнет что-либо оплачивать. Эта сумма может повышаться каждый год. Полисы с высокой вычитаемой франшизой имеют более низкие страховые взносы. Хотя план G не покрывает вычитаемую франшизу Part B, сумма, которую вы платите за вычитаемую франшизу, засчитывается в вычитаемую франшизу плана G+.

Планы Medicare E, H, I и J больше не доступны новым держателям полиса. Однако, люди, у которых в настоящее время есть план E, H, I и J, могут продолжать использовать эти полисы.

ПЛАН K³ включает базовые льготы, а также

- Покрытие 50% вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие 50% совместных страховых выплат после выплаты ежегодной вычитаемой франшизы за Medicare Part B и 100% совместных страховых выплат за профилактические услуги Part B.
- Покрытие 100% совместных платежей Part A за дни 61-90 госпитализации в каждом периоде предоставления льгот Medicare.
- Покрытие 100% совместных платежей по Part A за каждый использованный день из 60 дней непополняемого пожизненного резерва стационарного больничного ухода Medicare.
- Покрытие 100% соответствующих требованиям больничных расходов Medicare Part A после истощения всех больничных льгот Medicare. Покрытие дает максимум 365 дней дополнительного стационарного больничного ухода за всю жизнь держателя полиса.

² План оплачивает разницу между одобренной Medicare суммой за услуги Part B и ограничивающей надбавкой, установленной или Medicare, или законодательством штата.

³ Базовые льготы для планов K, L и N такие же, как и у планов A–G, но с некоторыми отличными уровнями совместных затрат. Лимиты ежегодных расходов, оплачиваемых вами из собственных средств, для планов K и L меняются каждый год.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

hospital care during the policyholder's lifetime.

- Coverage for 50% of 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.
- Annual out of pocket limit of \$6,620 in 2022.

PLAN L³ includes the basic benefits, plus

- Coverage for 75% of the 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% of the coinsurance for Part B preventive services.
- Coverage for 100% of the Part A copayment for days 61-90 of hospitalization in each Medicare benefit period.
- Coverage for 100% of the Part A copayment for each of Medicare's 60 non-renewable hospital inpatient lifetime reserve days used.
- After all Medicare hospital benefits are exhausted, coverage for 100% of the Medicare Part A eligible hospital expenses. Coverage is limited to a maximum of 365 days of additional inpatient hospital care during the policyholder's lifetime.
- Coverage for 75% hospice cost-sharing.
- Coverage for 75% of Medicare-eligible expenses for the first 3 pints of blood.
- Coverage for 75% of the skilled nursing facility care daily coinsurance.
- Annual out of pocket limit of \$3,310 in 2022.

Plan M includes the basic benefits, plus

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

Plan N³ includes the basic benefits, plus

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

³ The basic benefits for plans K, L, and N are similar to those for plans A–G, but with some different levels of cost-sharing. The annual out-of-pocket limits for plans K and L can change each year.

- Покрытие 50% совместных хосписных затрат.
- Покрытие 50% расходов, подпадающих под действие Medicare, за первые 1,4 литров крови.
- Покрытие 50% ежедневных совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- В 2022 г. ежегодный лимит расходов, оплачиваемых пациентом из собственных средств, составлял 6 620 \$.

ПЛАН L³ включает базовые льготы, а также

- Покрытие 75% вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие 75% совместных страховых выплат после выплаты ежегодной вычитаемой франшизы за Medicare Part B и 100% совместных страховых выплат за профилактические услуги Part B.
- Покрытие 100% совместных платежей Part A за дни 61-90 госпитализации в каждом периоде предоставления льгот Medicare.
- Покрытие 100% совместных платежей по Part A за каждый использованный день из 60 дней непополняемого пожизненного резерва стационарного больничного ухода Medicare.
- Покрытие 100% соответствующих требованиям больничных расходов Medicare Part A после истощения всех больничных льгот Medicare. Покрытие дает максимум 365 дней дополнительного стационарного больничного ухода за всю жизнь держателя полиса.
- Покрытие 75% совместных хосписных затрат.
- Покрытие 75% расходов, подпадающих под действие Medicare, за первые 1,4 литров крови.
- Покрытие 75% ежедневных совместных страховых выплат за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- В 2022 г. ежегодный лимит расходов, оплачиваемых пациентом из собственных средств, составлял 3 310 \$.

План M включает базовые льготы, а также

- Покрытие 50% вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие 100% ежедневных совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80% стоимости ухода, необходимого по медицинским показаниям, во время поездки за границу после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

План N³ включает базовые льготы, а также

- Покрытие 100% вычитаемой франшизы за стационарный больничный уход по Medicare Part A.
- Покрытие 100% суммы совместных страховых выплат по Medicare Part B, за исключением совместных платежей на сумму до 20 \$ за посещение врача и 50 \$ за посещение комнаты неотложной помощи.
- Покрытие 100% суммы ежедневных совместных платежей за уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода.
- Покрытие 80% стоимости ухода, необходимого по медицинским показаниям, за границей после вычитаемой франшизы в размере 250 \$ и с максимальным пожизненным лимитом, составляющим 50 000 \$.

³ Базовые льготы для планов K, L и N такие же, как и у планов A–G, но с некоторыми отличными уровнями совместных затрат. Лимиты ежегодных расходов, оплачиваемых пациентом из собственных средств, для планов K и L меняются каждый год.

BENEFITS INCLUDED IN THE TEN STANDARD MEDICARE SUPPLEMENT PLANS

Basic Benefits: 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 Benefits	Basic Benefits	Basic Benefits	Basic Benefits	Basic Benefits	Basic Benefits	Basic Benefits**	Basic Benefits**	Basic Benefits	Basic Benefits**
		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 \$6,620	Out of Pocket limit \$3,310		

*Plan F and Plan G are also offered with a high deductible option.

**These plans cover the basic benefits but with some different cost-sharing requirements.

ЛЬГОТЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В ДЕСЯТЬ СТАНДАРТНЫХ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПЛАНОВ MEDICARE

Базовые льготы Включены во все планы

- **Госпитализация:** Совместный платеж по Part A, покрытие 365 дополнительных дней после окончания периода предоставления льгот Medicare и покрытие совместного платежа за дни из 60-дневного пожизненного резерва.
- **Медицинские расходы:** Совместные страховые выплаты за Part B (обычно 20% расходов, одобренных Medicare)
- **Кровь:** Первые 1,4 литра крови ежегодно.
- **Хоспис:** Совместные затраты по Part A

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Базовые льготы	Базовые льготы	Базовые льготы	Базовые льготы	Базовые льготы	Базовые льготы	Базовые льготы**	Базовые льготы**	Базовые льготы	Базовые льготы**
		Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход (50%)	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход (75%)	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход	Совмест. страх. выплаты за квалифц. сестр. уход
	Вычит. франшиза по Part A	Вычит. франшиза по Part A	Вычит. франшиза по Part A	Вычит. франшиза по Part A	Вычит. франшиза по Part A	Вычит. франшиза по Part A (50%)	Вычит. франшиза по Part A (75%)	Вычит. франшиза по Part A (50%)	Вычит. франшиза по Part A
		Вычит. франшиза по Part B		Вычит. франшиза по Part B					
				Надбавки по Part B	Надбавки по Part B				
		Екстрен. помощь во время поездки за границу	Екстрен. помощь во время поездки за границу	Екстрен. помощь во время поездки за границу	Екстрен. помощь во время поездки за границу			Екстрен. помощь во время поездки за границу	Екстрен. помощь во время поездки за границу
						Лимит расходов, оплач. из собств. средств 6 620 \$	Лимит расходов, оплач. из собств. средств 3 310 \$		

* План F и план G также предлагаются в варианте с высокой вычитаемой франшизой.

** Эти планы покрывают базовые льготы, но имеют некоторые другие требования по совместным затратам.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НІІСАР

Updated March 2022

MEDICARE SUPPLEMENT INSURANCE POLICIES

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

PLAN	Aetna (800) 345-6022	Bankers Conseco (800) 845-5512	Emblem (formerly GHI) (800) 444-2333	Empire Blue Cross Blue Shield (855) 306-9355	Globe Life Insurance* (800) 331-2512	Humana (800) 486-2620	Mutual of Omaha (800) 228-9999	TransAmerica Financial (800) 752-9797	United Health (AARP) - Must be an AARP member to enroll (age 50+) (800) 523-5800
A	\$318.21	\$413.54	\$194.87	\$179	\$240/268	\$321.19	\$351.72	\$195	\$188.50
B	\$362.44	\$540.65	\$253.28	\$241.11	\$328/368	\$362.61	\$512.25	\$257	\$270.50
C**			\$300.87		\$397/444	\$439.46	\$512.82	\$304	\$332.25
D					\$391/438		\$503.90	\$280	
F**	\$422.90	\$729.96	\$530.29	\$337.83	\$374/419	\$448.38	\$516.15	\$306	\$320.00
F+**		\$75.69	\$74		\$72/\$81	\$93.09			
G	\$406.26	\$671.84	\$302	\$291.75	\$348/390	\$400.38	\$478.04	\$281	\$280.25
G+		\$75.69	\$67.69		\$72/\$81	\$92.97			
K		\$112.08			\$137/154	\$209.34		\$140	\$88.00
L		\$322.45			\$206/231	\$298.98		\$208	\$182.75
M		\$446.65					\$526.10	\$256	
N		\$439.55	\$220	\$207.60	\$259/290	\$284.05		\$241	\$211.25

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

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

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Обновлено в марте 2022 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СТРАХОВЫЕ ПОЛИСЫ MEDICARE

Позвоните в конкретные компании напрямую, чтобы узнать об их актуальных ежемесячных тарифах, так как они могут меняться. Обновленные таблицы тарифов приведены на веб-сайте Департамента финансовых услуг штата Нью-Йорк: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

ПЛАН	Aetna (800) 345-6022	Bankers Conseco (800) 845-5512	Emblem (старое название GHI) (800) 444- 2222	Empire Blue Cross Blue Shield (800) 444-2333	Globe Life Insurance* (800) 331-2512	Humana (800) 486- 2520	Mutual of Omaha (800) 228- 0000	TransAmerica Financial (800) 752-9797	United Health (AARP) — для регистрации вы должны быть членом AARP (50 лет и старше) (800) 523-5800
A	318,21 \$	413,54 \$	194,87 \$	179 \$	240 \$/268 \$	321,19 \$	351,72 \$	195 \$	188,50 \$
B	362,44 \$	540,65 \$	253,28 \$	241,11 \$	328 \$/368 \$	362,61 \$	512,25 \$	257 \$	270,50 \$
C**			300,87 \$		397 \$/444 \$	439,46 \$	512,82 \$	304 \$	332,25 \$
D					391 \$/438 \$		503,90 \$	280 \$	
F**	422,90 \$	729,96 \$	530,29 \$	337,83 \$	374 \$/419 \$	448,38 \$	516,15 \$	306 \$	320,00 \$
F+**		75,69 \$	74 \$		72 \$/81 \$	93,09 \$			
G	406,26 \$	671,84 \$	302 \$	291,75 \$	348 \$/390 \$	400,38 \$	478,04 \$	281 \$	280,25 \$
G+		75,69 \$	67,69 \$		72 \$/81 \$	92,97 \$			
K		112,08 \$			137 \$/154 \$	209,34 \$		140 \$	88,00 \$
L		322,45 \$			206 \$/231 \$	298,98 \$		208 \$	182,75 \$
M		446,65 \$					526,10 \$	256 \$	
N		439,55 \$	220 \$	207,60 \$	259 \$/290 \$	284,05 \$		241 \$	211,25 \$

* Страховые взносы Globe Life Insurance (старое название First United American) разнятся в зависимости от почтового индекса. Воспользуйтесь ссылкой выше, чтобы посмотреть тарифы там, где вы живете.

** Планы Medigap C, F и F+ доступны только тем, кто получил право на Medicare до 1 января 2022 г.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

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

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

To be eligible to join a Medicare Advantage plan, you must have both Medicare Part A and Part B and live in the plan's service area. A Medicare Advantage plan cannot turn away an applicant because of health problems (or impose a waiting period for pre-existing conditions).

Joining a Medicare Advantage plan is a choice. Medicare Advantage plans must cover all the medically necessary services covered by Part A and Part B of Medicare, and typically include additional benefits, such as coverage for prescription drugs, and 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 needed medical services, to get full information about treatment choices from their doctors, 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.

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

HMOs - require the Medicare beneficiary to select a primary care physician (PCP) from their networks of doctors. Within that network, you have a choice of physician, provided that he or she is accepting new patients. Some HMOs require referrals for specialist services. You must receive your health care from providers in your HMO's network. Except for emergency care, there is no coverage for services obtained from out-of-network providers; the beneficiary will be responsible for the full costs of such services.

PPOs - have networks of health care providers and hospitals but do not restrict enrollees from going out-of-network. The PPO sets fixed co-payments for services enrollees receive from in-

ПЛАНЫ СТРАХОВАНИЯ MEDICARE ADVANTAGE (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)

Планы Medicare Advantage (MA) являются альтернативой оригинального плана Medicare для бенефициаров. Планы Medicare Advantage предлагаются частными компаниями и включают следующие виды: Страховые медицинские организации (Health Maintenance Organizations, HMOs), Организации рекомендованных специалистов и учреждений (Preferred Provider Organizations, PPOs), Страховые медицинские организации с функцией пункта обслуживания (HMOs with Point-of-Service option, HMOs-POS) и Планы специальных потребностей (Special Needs Plans, SNPs). Компании, предлагающие планы Medicare Advantage, заключают контракт с Центрами услуг Medicare и Medicaid (CMS) для предоставления участникам льгот Medicare. **Вы можете стать участником плана Medicare Advantage**, только если у вас есть Medicare Part A и Part B и вы живете на территории, обслуживаемом планом. План Medicare Advantage не может отказать кандидату из-за проблем со здоровьем (или наложить период ожидания в связи с уже существующими нарушениями здоровья). Приобретение плана Medicare Advantage не является обязательным. Планы Medicare Advantage должны покрывать все необходимые по медицинским показателям услуги, которые покрывают Part A и Part B программы Medicare, и обычно включают дополнительные льготы, в частности, покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, а также стоматологических услуг и услуг, связанных со зрением и слухом. Если вы хотите получить **покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, в рамках Medicare Part D** и являетесь участником плана Medicare Advantage, вы должны получить покрытие медикаментов Part D через ваш план; вы не можете присоединиться к отдельному плану Part D. Все бенефициары Medicare имеют право получать необходимые медицинские услуги, получать полную информацию о вариантах лечения от врачей и подавать апелляцию по любым отказам в услугах или компенсации, сделанным планом Medicare Advantage.

Если вы являетесь участником плана Medicare Advantage, то вы НЕ МОЖЕТЕ приобрести полис Medigap, так как это приведет к дублированию покрытия.

Каждый участник плана Medicare Advantage должен получить Обзор льгот (Summary of Benefits) в рамках процесса регистрации. В нем должна содержаться ключевая информация о дополнительных страховых взносах, плановых процедурах, требованиях доступа и уведомления в экстренных ситуациях и совместных платежах за услуги. В плане также доступны каталог поставщиков услуг, список аптек, работающих в рамках плана и формулярный список покрываемых медикаментов.

У планов Medicare Advantage есть сети врачей, медицинских центров, больниц, учреждений квалифицированного сестринского ухода и других поставщиков медицинских услуг. Эти сети могут быть местными, в масштабах всего штата или даже всей страны. Очень важно связаться с компанией, предоставляющей план, чтобы понять масштабы сети поставщиков услуг, особенно если вы путешествуете и вам может понадобиться уход (за исключением экстренного ухода) не по месту жительства.

Организации HMOs требуют от бенефициара Medicare выбрать врача первичной медицинской помощи (primary care physician, PCP) из их сети врачей. Вы можете выбрать любого врача в сети, если он/она принимают новых пациентов. В некоторых HMO для специализированных услуг требуются направления. Вы должны получать медицинский уход от поставщиков услуг из сети вашей организации HMO. За исключением экстренной помощи, услуги, полученные от поставщиков, не входящих в сеть, не покрываются; бенефициар будет нести ответственность за полную стоимость таких услуг.

Организации PPO имеют сети поставщиков медицинских услуг и больниц, которые не ограничивают участников в получении услуг за пределами сети. PPO устанавливает фиксированные совместные платежи за услуги, которые участники получают от поставщиков за пределами сети; участникам придется платить больше за услуги от поставщиков за пределами сети.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

network providers; 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/POS - is similar to a PPO plan. Members have a greater flexibility than with an HMO because they can 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.

SNPs - are Medicare Advantage plans that are available only to certain groups of people with Medicare – for example, people with both Medicare and Medicaid; people with certain chronic conditions; and people living in an institution, such as a nursing home. Coverage is provided for services covered by Medicare Parts A and B, as well as Part D prescription drugs. SNPs may also cover additional services that may be needed by the specific population to which they are geared.

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

Enrolling in a Medicare Advantage (MA) Plan: those newly eligible for Medicare can enroll during their Initial Coverage Election Period (ICEP).

For most people, the ICEP is the 7-months surrounding the month in which they are first Medicare eligible. Their plan will be effective the first month of Medicare eligibility, or the month following the month of enrollment. Beneficiaries who delay Part B enrollment will have their ICEP extended to allow them to enroll in a MA plan in the months prior to Part B starting, so that their Medicare Advantage plan will be effective the same month as their Part B. Enrollment can be done online at www.medicare.gov, by calling 1-800-MEDICARE, or by contacting the plan directly.

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

All beneficiaries in MA plans also have an Open Enrollment period at the beginning of the year, from January 1 – March 31. During this time, they can switch to a different Medicare Advantage plan or change 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, you simply enroll in either a new Medicare Advantage plan or if you want to switch to Original Medicare, in a stand-alone Part D plan. This enrollment will automatically disenroll you from the previous Medicare Advantage plan.

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

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

(На поставщиков за пределами сети накладывается ограничивающая надбавка Medicare, которая ограничивает сумму, которую они могут взыскать за услуги с бенефициара Medicare).

Организации НМО/POS действуют аналогично плану PPO. Участники пользуются большей гибкостью, чем в организации НМО, так как они могут пользоваться как поставщиками услуг из сети, так и за пределами сети. Однако, планы НМО-POS, могут покрывать не все льготы при получении услуг за пределами сети. Например, план может предлагать покрытие для госпитализации в стационаре только для поставщиков из сети. За более подробной информацией обратитесь к компании, предоставляющей ваш план.

SNP — это планы Medicare Advantage, доступные только для определенных групп людей, имеющих Medicare — например, людей, являющихся участниками и Medicare, и Medicaid; людей с определенными хроническими заболеваниями; а также людей, живущих в учреждениях, например, в центре сестринского ухода. Покрытие предоставляется для услуг, которые покрываются Medicare Part A и Part B, а также медикаментов, отпускаемых по рецепту, по Part D. SNP могут также покрывать дополнительные услуги, необходимые для определенной группы населения, для которых они предназначены.

Список планов Medicare Advantage приведен в справочнике *Medicare and You*, изданном правительством США. Детальная информация об этих планах доступна на веб-сайте www.medicare.gov или по телефону **1-800-MEDICARE**

Регистрация на план Medicare Advantage (МА): люди, которые впервые получили право на Medicare, могут зарегистрироваться в течение начального периода выбора покрытия (Initial Coverage Election Period, ICEP).

Для большинства людей период ICEP охватывает время до, во время и после месяца, в котором они впервые получили право на Medicare, и длится 7 месяцев. Их план вступает в силу в первый месяц получения права на Medicare или в месяц, следующий за месяцем регистрации. Для бенефициаров, отложивших регистрацию на Part B, период ICEP будет продлен, чтобы позволить им зарегистрироваться на план МА в течение месяцев до начала Part B, чтобы их план Medicare Advantage начал действовать в то же время, что и Part B. Регистрацию можно пройти онлайн на веб-сайте www.medicare.gov, по телефону 1-800-MEDICARE или связавшись с представителем плана напрямую.

У людей, которые зарегистрировались на план МА тогда, когда они впервые получили право на Medicare (во время ICEP), будет **открытый период регистрации (Open Enrollment Period)**, в течение которого у них будет три месяца с момента, когда они впервые получили право на Medicare, чтобы перейти на другой план МА или на оригинальный план Medicare (план с Part D или без нее).

У всех бенефициаров планов МА также будет открытый период регистрации в начале года с 1 января по 31 марта. В течение этого периода они могут перейти на другой план Medicare Advantage или на оригинальный план Medicare, и это изменение вступит в силу первого числа следующего месяца, то есть 1 февраля, 1 марта или 1 апреля. Для смены плана вам нужно просто зарегистрироваться на новый план Medicare Advantage или на отдельный план Plan D, если вы хотите перейти на оригинальный план Medicare. В ходе этой регистрации вы автоматически будете исключены из предыдущего плана Medicare Advantage.

SEP65 — это специальный период регистрации, доступный для людей, имеющих право на Medicare в силу своего возраста (а не инвалидности), которые регистрируются на план МА во время первоначального периода регистрации (ICEP), имеющего место до, во время и после месяце их 65-летия. Он дает им 12 месяцев с момента вступления в силу плана МА для перехода на оригинальный план Medicare (или другой план МА).

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

plan is effective to switch to Original Medicare (not to another MA plan).

Annual Election Period (AEP): From October 15 through December 7, you can enroll in a new Medicare Advantage (MA) plan or switch from a MA plan to Original Medicare, or switch from Original Medicare to a MA plan, with the change effective January 1.

LIS Special Enrollment Period (SEP): Beneficiaries with Extra Help can switch plans once per 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 enroll in a new Medicare Advantage plan or switch from a MA plan to Original Medicare or switch from Original Medicare to a MA plan with a Part D plan.

Tips for Switching Between Original Medicare and Medicare Advantage

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

Medicare Advantage Appeals

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

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

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

The appeals for denial of prescription drug coverage are the same for people whether you are in Original Medicare or a Medicare Advantage plan. See page 33 for Part D coverage appeals.

Ежегодный период выбора покрытия (Annual Election Period, AEP): С 15 октября до 7 декабря вы можете зарегистрироваться на новый план Medicare Advantage (МА), перейти с плана МА на оригинальный план Medicare, или с оригинального плана Medicare на план МА; эта смена вступит в силу 1 января.

Специальный период регистрации (Special Enrollment Period, SEP) LIS: Бенефициары программы Extra Help могут переходить с одного плана на другой раз в квартал в течение первых девяти месяцев года (январь–март; апрель–июнь; июль–сентябрь), и это смена вступит в силу первого числа следующего месяца. Люди могут зарегистрироваться на новый план Medicare Advantage, переходить с плана МА на оригинальный план или с оригинального плана Medicare на план МА с Part D.

Советы по переходу между оригинальным планом Medicare и Medicare Advantage

- Переход с Medicare Advantage на оригинальный план Medicare: Выберите и зарегистрируйтесь на план Part D, который работает с оригинальным планом Medicare; это приведет к аннулированию регистрации на план МА. Рассмотрите возможность приобретения дополнительного покрытия, например, Medigap.
- Переход с одного плана Medicare Advantage на другой: Зарегистрируйтесь на желаемый план Medicare Advantage; это приведет к аннулированию регистрации на изначальный план МА.
- Переход с оригинального плана Medicare на план Medicare Advantage: Зарегистрируйтесь на желаемый план Medicare Advantage; это приведет к аннулированию регистрации на ваш план Part D, который работает с оригинальным планом Medicare. Возможно, вы захотите аннулировать дополнительное покрытие.

Апелляции Medicare Advantage

Апелляции решений вашего плана не предоставлять или не оплачивать какую-либо услугу рассматриваются отделом страховых требований плана. Процесс апелляции для участников плана Medicare Advantage работает по-разному в следующих ситуациях: вы еще не получили услугу, вы уже получили услугу или вы подаете апелляцию об отказе в медикаментах, отпускаемых по рецепту. Обращайте внимание на сроки подачи апелляции.

Участники плана Medicare Advantage, которым отказано в покрытии за медицинскую услугу или продукт до получения услуги или продукта, могут подать апелляцию плану на пересмотр этого решения. Следуйте шагам, расписанным на Уведомлении об отказе в медицинском страховом покрытии (Notice of Denial of Medical Coverage).

Если план Medicare Advantage отказывает вам в покрытии медицинской услуги или продукта, которые вы уже получили, вы можете подать апелляцию вашему плану на пересмотр этого решения. Следуйте шагам, расписанным на Разъяснении льгот (Explanation of Benefits) или на Уведомлении об отказе в платеже (Notice of Denial of Payment).

Апелляции отказа в покрытии медикаментов, отпускаемых по рецепту, не зависят от того, являетесь ли вы участником оригинального плана Medicare или плана Medicare Advantage. Информация об апелляциях покрытия по Part D приведена на с. 33.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НІІСАР

For quality-of-care complaints, or if you feel your Medicare Part A or B services are ending too soon, such as that you are being discharged from the hospital prematurely, call Livanta at 1-877-588-1123 (TTY: 1-855- 887-6668).

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. 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, coinsurance, and deductibles for health services. Make sure you understand the different out-of-pocket costs for a primary care visit, specialist visit, inpatient hospital stays, prescription drugs, and other services.**

All Medicare Advantage plans are required to set a limit on how much you will have to pay out-of-pocket in a given calendar year for Part A and Part B covered services, termed your maximum out-of-pocket (MOOP). In 2022, MOOP cannot exceed \$7,550 for in-network services in HMO plans and \$11,300 for combined in-network and out-of-network services in PPO plans.

What about emergency services?

Emergency medical care will be covered by your 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 that your need for the care did not meet its conditions, or if the notification was faulty, it may refuse to cover the costs.

How do I complain about quality of care?

If your complaint is related to the quality of health care you receive, you should follow your plan's grievance procedures. You can also present your case to the Medicare Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization (BFCC-QIO), Livanta 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.

What differences are there between obtaining services with Original Medicare vs. Medicare Advantage?

With Original Medicare, the beneficiary can obtain 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 18), can cover all or most of the beneficiary's share of the costs. Medicare Advantage plans are managed care plans and operate differently. They have their own cost structures which can include premiums, deductibles, co-payments and maximum out-of-pocket costs.

Если у вас есть жалобы о качестве ухода или если вам кажется, что ваши услуги по Part A или Part B заканчиваются слишком рано, в частности, если вас раньше времени выписывают из больницы, позвоните в организацию Livanta по телефону 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Часто задаваемые вопросы о планах Medicare Advantage

Что мне придется оплачивать из собственных средств по плану Medicare Advantage?

Каждый план Medicare Advantage устанавливает свои страховые взносы и совместные затраты. Вы можете платить ежемесячный страховой взнос напрямую плану в дополнение к ежемесячному страховому взносу за Medicare Part B. Все требования по совместным затратам должны быть четко обозначены на вашей карте льгот или в обзоре льгот. Позвоните представителю плана, если вы не уверены. **За медицинские услуги могут быть установлены совместные платежи, совместные страховые выплаты и вычитаемые франшизы. Убедитесь, что вы понимаете различные расходы, которые вы должны покрывать из собственных средств, за прием у врача первичной медицинской помощи, прием у специалиста, госпитализацию в стационар, медикаменты, отпускаемые по рецепту, и другие услуги.**

Все планы Medicare Advantage должны устанавливать лимит того, сколько вы можете выплачивать из собственных средств за определенный календарный год за услуги, покрываемые Part A и Part B; этот лимит называется максимальными выплатами из средств пациента (maximum out-of-pocket, MOOP). В 2022 г. MOOP не может превышать 7 550 \$ за услуги внутри сети по планам НМО и 11 300 \$ за комбинированные услуги внутри сети и за пределами сети по планам РРО.

А что с экстренными услугами?

Экстренный медицинский уход будет покрываться вашим планом Medicare Advantage, при условии, что вы будете следовать его требованиям касательно уведомлений и утверждения. Возможно, вас попросят сначала заплатить поставщику услуг, а затем подать страховое требование о компенсации по плану. Если план решает, что ваша нужда в уходе не соответствовала его требованиям или что уведомление не было сделано должным образом, он может отказать в покрытии расходов.

Как подать жалобу на качество ухода?

Если ваша жалоба касается качества медицинского ухода, который вы получили, вы должны следовать порядку подачи жалоб вашего плана. Вы также можете представить ваш случай Организации по улучшению качества ухода бенефициаров Medicare и всей семьи (BFCC-QIO) — в штате Нью-Йорк эти функции выполняет организация Livanta — врачи и другие профессионалы в которой проводят пересмотр ухода, предоставляемого пациентам Medicare. Вы можете связаться с Livanta по телефону 1-866-815-5440.

В чем разница в получении услуг по оригинальному плану Medicare и планам Medicare Advantage?

По оригинальному плану Medicare бенефициары могут получать услуги, необходимые по медицинским показателям, от любого поставщика услуг Medicare в любом месте Соединенных Штатов. Medicare устанавливает тарифы за эти услуги и покрывает 80% большинства расходов. Бенефициар несет оставшуюся часть расходов. Дополнительное страхование Medicare, также называемое Medigap (см. с. 18) может полностью или по большей части покрывать долю расходов бенефициара. Планы Medicare Advantage — это планы управляемого медицинского обслуживания и они работают по-другому. У них другая структура расходов, которая может включать страховые взносы, вычитаемые франшизы, совместные платежи и максимальные выплаты из средств пациента.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

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

You should consider the following before joining a plan: Your current doctors' participation in the plan; hospitals' participation in the plan; the plan's prescription drug coverage; its costs; and its geographical service area. 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 plan. Even if you already have an established relationship with particular doctors, you need to be certain that they will accept you as a new patient under that plan. Confirm provider participation each year.
2. **Hospital 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 them on an out-of-network basis.
3. **Prescription drug coverage:** Check how the plan would cover your prescription drugs (formulary, restrictions, cost) by using the Medicare.gov Plan Finder (see page 32).
4. **Costs:** Receiving care through a Medicare Advantage plan may cost you less than receiving care through Original Medicare. Medicare Advantage plans may also cover services which are not covered by original Medicare, such as routine vision and dental care, as well as hearing aids. Research a Medicare Advantage plans' fee structure (premium, copays, deductible, maximum out-of-pocket costs, etc.) before enrolling.
5. **Geographical Service Area:** HMO plans have defined geographic areas that they serve but must also cover emergency care outside their service area. If you expect to be outside an HMO's service area for any length of time, check if it will cover you there. The service areas of PPO and HMO-POS plans are less restrictive, but you should still be aware of what they are.
6. **Star ratings:** Every plan has a star (quality) rating based on criteria measured by Medicare.

Will I need a Medicare supplement insurance policy?

You will not need a Medicare supplement insurance policy ("Medigap") if you join a Medicare Advantage plan, since Medigap insurance only works with Original Medicare. If you decide to join a Medicare Advantage plan, and you already have a Medigap policy, you may want to retain it temporarily, while you determine 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 18.

Как мне решить, становиться ли мне участником плана Medicare Advantage, и какой план подойдет мне?

Перед тем, как стать участником плана подумайте о следующем: Работает ли ваш текущий врач с этим планом; работают ли больницы с этим планом; участвует ли план в покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту; его расходы; и территория обслуживания. Чрезвычайно важно пересматривать эту информацию каждый год в течение ежегодного периода выбора покрытия (с 15 октября по 7 декабря).

1. **Работает ли ваш врач с этим планом:** Спросите врачей, с какими планами они работают, и принимают ли они новых пациентов Medicare по этому плану. Даже если вы уже установили отношения с определенными врачами, убедитесь, что они примут вас как нового пациента по этому плану. Подтверждайте работу поставщиков услуг с планами ежегодно.
2. **Работают ли больницы с этим планом:** Убедитесь, что больницы, услугами которых вы пользуетесь и к которым вы бы хотели иметь доступ, работают с этим планом или разрешат вам пользоваться их услугами за пределами сети.
3. **Покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту:** Узнайте, как план будет покрывать ваши медикаменты, отпускаемые по рецепту (формулярный список, ограничения, стоимость) с помощью поисковика планов на веб-сайте Medicare.gov (см. с. 32).
4. **Расходы:** Получение ухода по плану Medicare Advantage может стоить вам меньше, чем по оригинальному плану Medicare. Планы Medicare Advantage также покрывают услуги, не покрываемые оригинальными планами Medicare, в частности, плановые проверки зрения, плановый уход стоматолога, а также слуховые аппараты. Изучите структуру оплаты (страховые взносы, совместные платежи, вычитаемую франшизу, максимальные выплаты из средств пациента) плана Medicare Advantage перед регистрацией.
5. **Территория обслуживания:** Планы НМО имеют определенные территории, которые они обслуживают, но также покрывают экстренный уход за пределами территории обслуживания. Если вы планируете быть за пределами территории обслуживания НМО на протяжении какого-либо времени, проверьте, будете ли вы там иметь покрытие. Территории обслуживания планов PPO и НМО-POS имеют меньше ограничений, но вам все равно лучше их знать.
6. **Звездные категории:** Каждый план имеет звездную категорию (категорию качества) на основе критериев, измеряемых программой Medicare.

Нужен ли мне полис дополнительного страхования Medicare?

Вам не нужен будет полис дополнительного страхования Medicare (“Medigap”), если вы участник плана Medicare Advantage, так как страхование Medigap работает только с оригинальными планами Medicare. Если вы решаете стать участником плана Medicare Advantage и у вас уже есть полис Medigap, то, возможно, вам лучше временно сохранить его, пока вы будете решать, какой план Medicare Advantage вас устраивает. По законодательству штата Нью-Йорк вы всегда сможете приобрести полис Medigap, если откажетесь от плана Medicare Advantage и вернетесь к оригинальному плану Medicare, но вы можете столкнуться с периодом отсутствия покрытия для уже существующего нарушения здоровья, если у вас будет перерыв в покрытии. Более подробная информация о Medigap приведена на с. 18.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

MEDICARE PART D – PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

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

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

Medicare Part D is offered through private companies that have contracted with the federal government to provide Medicare Part D drug coverage to Medicare beneficiaries. The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) regulates the plans and categories of covered drugs. Each Part D plan has its own list of covered medications (formulary) and participating pharmacies, as well as its own procedures beneficiaries must follow to get coverage for a new drug or for a medication, they require to meet their special needs.

You can obtain Medicare Part D coverage in one of two ways:

1. **Through a Stand-Alone Prescription Drug Plans (PDP):** PDPs work with Original Medicare and ONLY cover prescription drugs.
2. **Through a Medicare Advantage plan with Prescription Drug coverage (MA-PD):** These are managed care plans, such as HMOs, PPOs, HMO-POS, or SNPs, which offer comprehensive benefits packages that cover all 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 it through your Medicare Advantage plan.

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

Beneficiaries with higher incomes (above \$91,000 for an individual or \$182,000 for a couple in 2022) will pay a surcharge for Part D in addition to their plan premium. The surcharge ranges from \$12.40 to \$77.90 per month in 2022 and is paid in the same way as the Part B premium, typically as a deduction from the beneficiary's Social Security check (see page 56 for rate chart).

Although Part D plans' benefit designs vary, they all include the following in 2022:

- **Deductible** (up to \$480 in 2022). This is the amount that you must pay out-of-pocket before your plan helps pay for the cost of your drugs. Some plans have a lower or no deductible.
- **Initial Coverage Level.** You pay a fixed copay of up to 25% of drug costs up to \$4,430 (in 2022) in total drug costs. (Total drug costs include both the amount you pay and the amount the plan pays for your drug.)
- **Coverage Gap.** After you have reached \$4,430 (in 2022) in total drug costs, you typically pay 25% of the cost of both brand name and generic drugs (plus a nominal pharmacy dispensing fee), until **you** have incurred \$7,050 (in 2022) in True Out-of-Pocket (TrOOP)

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

MEDICARE Part D: ПОКРЫТИЕ МЕДИКАМЕНТОВ, ОТПУСКАЕМЫХ ПО РЕЦЕПТУ

Покрытие Medicare Part D предоставляется через частные страховые компании и предназначено помочь бенефициарам с расходами на медикаменты, отпускаемые по рецепту.

Планы медикаментов, отпускаемых по рецепту, в рамках Medicare доступны для всех участников Medicare (Part A и/или Part B). Part D — это необязательные льготы, к которым вы присоединяетесь по желанию; бенефициары Medicare не обязаны становиться участником плана, но за позднюю регистрацию могут накладываться штрафы.

Medicare Part D предлагается через частные компании, которые заключили с федеральным правительством контракт на предоставление бенефициарам Medicare покрытия для медикаментов по Medicare Part D. Центры услуг Medicare и Medicaid (CMS) регулируют планы и категории покрываемых медикаментов. Каждый план Part D имеет свой собственный список покрываемых медикаментов (формулярный список) и аптек-участников, а также свои собственные процедуры, которым бенефициары должны следовать для получения покрытия на новый препарат или медикамент, который им нужен для покрытия их особых потребностей.

Получить покрытие Medicare Part D можно двумя способами:

1. **Через отдельные планы на медикаменты, отпускаемые по рецепту (Prescription Drug Plans, PDP)** PDP работают с оригинальным планами Medicare и покрывают ТОЛЬКО медикаменты, отпускаемые по рецепту.
2. **Через план Medicare Advantage, включающий покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту (MA-PD):** Это планы управляемого медицинского обслуживания, в частности, НМО, PPO, НМО-POS или SNP, предлагающие всеохватывающие пакеты льгот, которые покрывают следующее: больницы, врачей, специалистов, аптеки и рецепты. Если вы участник плана Medicare Advantage и хотите получить покрытие Part D, то вы должны получить его через план Medicare Advantage.

Те, кто решает стать участником плана Part D, должны будут платить ежемесячный страховой взнос и оплачивать часть стоимости рецептурных медикаментов. Планы по медикаментам различаются тем, какие рецептурные медикаменты они покрывают (формулярный список), сколько вы должны платить (страховые взносы, вычитаемые франшизы, совместные платежи) и тем, какими аптеками вы можете пользоваться (сеть). Все планы по медикаментам должны предоставлять как минимум стандартный уровень покрытия, устанавливаемый Medicare. При этом, некоторые планы имеют повышенные льготы и могут требовать более высокий ежемесячный страховой взнос. Когда вы становитесь участником плана по медикаментам, важно выбрать тот, который соответствует вашим нуждам в медикаментах, отпускаемых по рецепту.

Бенефициары с более высокими доходами (выше 91 000 \$ для одного человека или выше 182 000 \$ для пары в 2022 г.) будут платить надбавку за Part D в дополнение к страховому взносу за план. Надбавка варьируется от 12,40 \$ до 77,90 \$ в месяц в 2022 г. и оплачивается тем же способом, что и страховой взнос за Part B, обычно списывается с чека социального обеспечения бенефициара (таблица тарифов приведена на с. 56).

Хотя структура льгот различных планов Part D отличается, все они включают следующее в 2022 г.:

- **Вычитаемая франшиза** (до 480 \$ в 2022 г.) Это сумма, которую вам нужно будет выплатить из собственных средств перед тем, как план начнет помогать вам оплачивать стоимость ваших медикаментов. Существуют планы с более низкими вычитаемыми франшизами или без них.
- **Уровень начального покрытия.** Вы платите фиксированные совместные платежи, составляющие до 25% стоимости медикаментов и до 4 430 \$ (в 2022 г.) в общих затратах на медикаменты. (Общие затраты на медикаменты включает сумму которую оплачиваете вы, и сумму, которую оплачивает план, за ваши медикаменты).
- **Непокрываемый диапазон расходов.** После того, как общие затраты на медикаменты достигли 4 430 \$ (в 2022 г.), обычно вы платите 25% стоимости и патентованных, и непатентованных медикаментов (плюс номинальную плату за отпуск лекарства в аптеке) до тех пор, пока ваши действительные расходы из собственных средств (True Out-of-Pocket costs, TrOOP) не достигнут суммы 7 050 \$ (в 2022 г.)

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

costs. This includes the deductible (if any) plus any co-payments or coinsurance paid before reaching the coverage gap, most of the 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 you have incurred \$7,050 in TrOOP (in 2022) you pay 5% of drug costs or a fixed copay of \$3.95 for generic medications and \$9.85 for brand-name drugs (in 2022), whichever is greater.

Enrollment in Medicare Part D

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

You can enroll in Part D during your seven-month Initial Enrollment Period (IEP), (see page 6). In addition, you can join or change plans once each year between October 15 and December 7, during the Annual Election Period (AEP), to be effective January 1.

In a limited set of circumstances, a beneficiary may also be entitled to a **Special Enrollment Period (SEP)** to enroll in a Part D plan or to switch plans outside of the AEP. These include the following situations:

- Individuals with Extra Help/LIS can switch plans once per calendar 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 per calendar year (see page 35) in addition to the AEP.
- Between January 1 – March 31, individuals enrolled in a Medicare Advantage plan (with or without Part D), can change either to a different Medicare Advantage plan (with or without Part D), or to Original Medicare with or without Part D drug coverage.
- Individuals who have a permanent change in residence, including those who move to another county where they have new Part D plan choices available, those returning to the USA after living abroad and those released from prison, can enroll in a Part D plan or switch plans.
- Individuals moving into, currently residing in, or leaving a long-term care facility, including a skilled nursing facility can enroll in a Part D plan or switch plans.
- Individuals disenrolling from employer/union-sponsored coverage, including COBRA, can enroll in a Part D plan.
- Individuals enrolled in a prescription drug plan that is withdrawing from their service area can switch to a new one.

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

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

Это включает вычитаемую франшизу (если такая есть) и любые совместные платежи или совместные страховые выплаты, выплачиваемые до достижения непокрываемого диапазона расходов, большую часть стоимости патентованных медикаментов, приобретенных в непокрываемом диапазоне расходов, а также затраты из собственных средств на непатентованные препараты, приобретенные в непокрываемом диапазоне расходов.

- **Катастрофическое покрытие.** После того, как ваше TrOOP достигло суммы 7 050 \$ (в 2022 г.), вы платите 5% стоимости медикаментов или фиксированный совместный платеж в размере 3,95 \$ за непатентованные препараты и 9,85 \$ за патентованные (в 2022 г.), в зависимости от того, что больше.

Регистрация на Medicare Part D

Регистрация на покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, по Medicare включает выбор или плана Part D (PDP), который работает с оригинальным планом Medicare, или плана Medicare Advantage с покрытием медикаментов, отпускаемых по рецепту (MA-PD). Вы можете сравнить планы на веб-сайте www.medicare.gov или позвонив по телефону 1-800-MEDICARE. Также вы можете обратиться за помощью к программе НПСАР.

Вы можете зарегистрироваться на Part D в течение вашего первоначального периода регистрации (IEP), см. с. 6. Кроме того, вы можете регистрироваться на план или переходить с одного плана на другой раз в год с 15 октября по 7 декабря в течение ежегодного периода выбора покрытия (AEP), при этом покрытие вступает в силу 1 января. В некоторых ограниченных обстоятельствах бенефициар также имеет право на специальный период регистрации (SEP), в течение которого можно зарегистрироваться на план Part D или перейти с одного плана на другой вне AEP. Сюда относятся следующие ситуации:

- Бенефициары программы Extra Help / LIS могут переходить с одного плана на другой раз в календарный квартал в течение первых девяти месяцев года (январь–март; апрель–июнь; июль–сентябрь), и это смена вступит в силу первого числа следующего месяца.
- Члены EPC могут менять планы Part D раз в календарный год (см. с. 35) в дополнение к периоду AEP.
- С 1 января по 31 марта участники плана Medicare Advantage (с Part D или без нее) могут переходить или на другой план Medicare Advantage (с Part D или без нее), или на оригинальный план Medicare, который может включать или не включать покрытие медикаментов по Part D.
- Лица, переезжающие на новое место жительства, включая тех, кто переезжает в другой округ, где им доступны новые планы Part D, а также лица, возвращающиеся в США после проживания за границей, и лица, освобожденные из тюрьмы, могут зарегистрироваться на план Part D или перейти на другой план.
- Лица, которые переезжают, в настоящее время живут или покидают учреждения долгосрочного ухода, включая учреждения квалифицированного сестринского ухода, могут зарегистрироваться на план Part D или перейти на другой план.
- Лица, аннулирующие регистрацию на покрытие от работодателя/профсоюза, включая COBRA, могут зарегистрироваться на план Part D.
- Лица, являющиеся участниками плана по медикаментам, отпускаемым по рецепту, которые уезжают с территории обслуживания, могут перейти на новый план.

Вы можете подать заявку на регистрацию на план Medicare Part D следующими способами:

- Онлайн на веб-сайте www.medicare.gov или веб-сайте вашего плана.
- Позвонив по телефону 1-800-MEDICARE или позвонив напрямую представителю вашего плана.
- Лично, через представителя плана Part D во время запланированного визита на дому.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

Late Enrollment Penalty

- Even Medicare beneficiaries who do not currently use a lot of prescription drugs should consider purchasing a Part D plan. If they do not have creditable drug coverage (coverage that is at least as good as the standard Medicare prescription drug coverage), they will have to pay a late enrollment penalty if they choose to enroll later. The penalty is equivalent to 1% of the “national base beneficiary premium” (\$33.37 in 2022) for each full month since first becoming eligible that these beneficiaries were not enrolled in a Medicare prescription drug plan and did not have creditable coverage. They must pay this penalty for as long as they have Part D coverage. If they have had creditable coverage and the gap between when that coverage ended and the Medicare Part D coverage begins amounts to no more than 63 days, they will not be subject to a penalty. There is no late enrollment penalty for people with full or partial Extra Help (see page 33).
- Those who enroll in Part D during their Initial Enrollment Period (IEP) will not incur a late enrollment penalty. Nor will people with creditable coverage, such as through a former employer or union, the Veterans Administration (VA), or TRICARE.

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 (drug coverage that is at least as good as the standard Part D drug benefit) through a current or former employer. The current or former employer should advise you in writing, as to whether your drug coverage is “creditable”. If it is creditable drug coverage, you may not want to also enroll in a Part D plan, because that may jeopardize your employer/retiree drug coverage and even other retiree benefits. If you do not receive a letter, contact the employer to determine if you should enroll in a Part D plan.

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

Having Part D coverage is optional, but bear in mind that drug needs can change, and if yours do, unless you qualify for a Special Enrollment Period, you will have to wait until the Annual Election Period (AEP), from October 15 through December 7 to sign up for a plan that will be effective the following January. Moreover, you may face a late enrollment penalty if you do not enroll when you are first eligible. With all that in mind, you may want to sign up for the least expensive plan.

How do I select a Part D plan?

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

Follow the Plan Finder prompts to correctly enter all the medications you are currently taking or expect to take in the coming year, along with the dosages and quantities needed. It is best to get a listing of your medications from your pharmacist before you start this process.

You can select multiple pharmacies that you would like to include in your search. After you have input all the information, the plan finder will allow you to select the type of plans you would like to view– either Part D plans that work with Original Medicare, or Medicare Advantage Plans. You can use various tools to filter the search results. It is important to look

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Штраф за позднюю регистрацию

- Даже бенефициарам Medicare, которые в настоящее время не используют много медикаментов, отпускаемых по рецепту, следует подумать о приобретении плана Part D. Если у вас нет надежного покрытия медикаментов (покрытие, которое как минимум находится на том же уровне, что и покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту по программе Medicare), вам придется заплатить штраф за позднюю регистрацию, если вы решите зарегистрироваться позднее. Штраф составляет 1% от «национального базового страхового взноса бенефициара» (33,37 \$ в 2022 г.) за каждый полный месяц, в течение которого они не были зарегистрированы на план по медикаментам, отпускаемым по рецепту, по программе Medicare и не имели надежного покрытия, с тех пор, как эти бенефициары впервые получили право на Medicare. Они должны платить этот штраф в течение всего времени, что они имеют Part D. Если у вас было надежное покрытие и промежуток между окончанием этого покрытия и началом покрытия по Medicare Part D составляет не более 63 дней, то штраф на вас накладываться не будет. На людей с полной или частичной поддержкой по программе Extra Help (см. с. 33) штраф за позднюю регистрацию не накладывается.
- На тех, кто регистрируется на Part D во время первоначального периода регистрации (IEP), не накладывается штраф за позднюю регистрацию. Также штраф не накладывается на людей с надежным покрытием, в частности, с покрытием через прошлого работодателя или профсоюз, администрацию ветеранов (Veterans Administration, VA) или TRICARE.

Нужен ли мне план Part D, если у меня есть медицинское покрытие от работодателя?

Возможно, вам не нужно регистрироваться на план Part D, если у вас есть надежное покрытие медикаментов (покрытие, которое как минимум находится на том же уровне, что и стандартные льготы Part D) через текущего и прошлого работодателя. Текущий или прошлый работодатель должны сообщить вам в письменной форме, является ли ваше покрытие медикаментов «надежным». Если ваше покрытие медикаментов надежное, возможно, вы не захотите регистрироваться на план Part D, так как это может поставить под угрозу ваше покрытие медикаментов от работодателя или покрытие как пенсионера и даже другие пенсионные льготы. Если вы не получите письмо, свяжитесь с работодателем, чтобы определить, нужно ли вам регистрироваться на план Part D.

Нужен ли мне план Part D, если я не принимаю никакие медикаменты?

Регистрация на Part D не обязательна, но необходимо учитывать, что потребности в медикаментах могут измениться, и если это произойдет, за исключением случаев, когда вы имеете право на специальный период регистрации, вам придется ждать ежегодного периода выбора покрытия (AEP) с 15 октября до 7 декабря, чтобы зарегистрироваться на план, который вступит в силу в следующем январе. Кроме того, на вас может быть наложен штраф за позднюю регистрацию, если вы не зарегистрируетесь тогда, когда вы впервые получите на это право. Учитывая все эти факторы, возможно, вам лучше зарегистрироваться на самый недорогой план.

Как выбрать план Part D?

Для выбора плана Part D лучше всего использовать инструмент, называемый «поисковик планов» на веб-сайте www.medicare.gov. Вы можете войти в систему с помощью имени пользователя и пароля вашей учетной записи Medicare или осуществить общий поиск без ввода идентифицирующей вас информации.

Следуйте подсказкам поисковика планов, чтобы правильно ввести все медикаменты, которые вы в настоящее время принимаете или собираетесь принимать в следующем году вместе с дозами и необходимым количеством. Лучше всего получить список ваших медикаментов от фармацевта перед тем, как вы начнете этот процесс.

Вы можете выбрать несколько аптек, которые вы хотите включить в поиск. После ввода всей информации поисковик планов позволит вам выбрать вид планов, которые вы хотите просмотреть: или планы Part D, работающие с оригинальными планами Medicare, или планы Medicare Advantage Plus. Вы можете использовать различные инструменты, чтобы отфильтровать результаты поиска. Важно прочитать подробности каждого плана, чтобы понять, если ли в нем ограничения и какие.

Также мы рекомендуем позвонить поставщику плана, чтобы проверить информацию.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

at the details of each plan to understand what restrictions, if any, may apply. It is also advisable to call up the plan provider 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 provider. HIICAP counselors are able to assist you with using the Plan Finder.

Cost Utilization Management Tools

To control costs, Medicare prescription drug plans employ cost utilization management tools—Tiers, Prior Authorization, Step Therapy, Quantity Limits.

- **Tiers:** Part D plans divide their formulary (list of covered medications) into levels called “tiers” and assign different co-payments or coinsurance for the different tiers. Generally, generic drugs are assigned to lower tiers and cost less than brand-name drugs covered under higher tiers. Some plans may even waive the deductible for lower tier generic drugs. In this way, they encourage the use of medications assigned to lower tiers.
- **Prior Authorization:** In some cases, before covering a medication in its formulary, a plan may require that a doctor contact it to explain the medical necessity for that drug.
- **Step Therapy:** Before paying for an expensive brand-name medication, a Part D plan may require beneficiaries to try less expensive drugs used to treat the same condition. If they have already tried the less expensive drugs, the beneficiaries should speak to their doctors about requesting an exception from the plan.
- **Quantity Limits:** For safety and cost reasons, plans may limit the quantity of drugs that they cover during a certain period. For instance, a plan may only cover up to a 30-day supply of a drug per month.

Part D Appeals

The process for a Part D appeal is the same process whether you are covered through a stand-alone Part D Plan (PDP) or a Medicare Advantage plan (MA). If a plan won't cover a drug, you think you need, or if the plan will cover the drug, but at a higher tier cost-sharing when drugs for the same condition on a lower tier are not as effective, you can:

- Speak to your prescriber to see if you could use another medication to treat your condition that the plan would cover (or would be covered at a lower tier).
- Ask the plan to grant an “exception” to cover your medication, or to cover your medication at a lower tier cost sharing.
- File an appeal by following the directions on the plan's denial notice. Pay attention to the time limit for filing appeals.

Extra Help with Drug Plan Costs for People with Limited Incomes

The Federal government 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 assistance is provided through the Low-Income Subsidy program (LIS), also known as Extra Help, and is administered by the Social Security Administration (SSA). People enrolled in Medicaid and/or a Medicare Savings Program (MSP) automatically receive Full Extra Help. You can also apply directly through SSA for Extra Help.

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Когда вы выберете подходящий план, вы можете зарегистрироваться онлайн или позвонив по телефону в Medicare (1-800-MEDICARE) или поставщику плана Part D. Консультанты НПСАР помочь вам с использованием поисковика планов.

Инструменты регулирования страхового покрытия

Для контроля расходов планы по медикаментам, отпускаемым по рецепту, программы Medicare используют инструменты управления использованием расходов: категории (Tiers), предварительное утверждение (Prior Authorization), поэтапное лечение (Step Therapy), ограничения количества (Quantity Limits).

- **Категории:** Планы Part D разделяют формулярные списки (списки покрываемых медикаментов) на уровни, называемые «категориями», которым присваиваются различные совместные платежи и совместные страховые выплаты. В целом, непатентованные медикаменты относятся к более низким категориям и стоят меньше, чем патентованные средства, покрываемые в более высоких категориях. В некоторых планах для непатентованных лекарственных средств даже не требуется вычитаемая франшиза. То есть, поощряется использования медикаментов, относящихся к более низким категориям.
- **Предварительное утверждение:** В некоторых случаях перед покрытием препарата в формулярном списке план требует от врача связаться с ним для объяснения медицинской необходимости использования этого препарата.
- **Поэтапное лечение:** Перед оплатой дорогого патентованного препарата план Part D может требовать от бенефициара попробовать менее дорогие препараты, предназначенные для лечения того же нарушения. Если менее дорогие препараты уже были опробованы, бенефициарам следует попросить врача запросить исключение у плана.
- **Ограничения количества:** В целях безопасности и экономии планы могут ограничивать количество препаратов, покрываемых в течение определенного периода. Например, какой-либо план может покрывать только 30-дневный запас медикамента в месяц.

Апелляции Part D

Процесс подачи апелляции Part D является одинаковым, независимо от того, являетесь ли вы участником отдельного плана Part D (PDP) или плана Medicare Advantage (MA). Если план не покрывает медикамент, который по вашему мнению вам нужен, или если план покрывает медикамент, но в более высокой категории совместных выплат, а медикаменты для того же нарушения, которые находятся в более низкой категории, имеют более низкую эффективность, вы можете:

- Поговорить с тем, кто приписал вам лекарство, чтобы узнать, нельзя ли использовать другое лекарство для лечения вашей проблемы, которое покрывается планом (или которое покрывается в более низкой категории).
- Попросить план дать вам «исключение» для покрытия вашего медикамента или покрыть ваш медикамент на более низкой категории совместных выплат.
- Подать апелляцию, следуя указаниям на уведомлении об отказе плана. Обратите внимание на крайний срок подачи апелляции.

Программа помощи со стоимостью планов по медикаментам для людей с ограниченным доходом Extra Help

Федеральное правительство субсидирует стоимость плана Part D для бенефициаров Medicare с ограниченным доходом и ограниченными ресурсами. Субсидия платится напрямую плану Part D. Помощь предоставляется через Программу субсидий для людей с низким доходом (Low-Income Subsidy program, LIS), также называемую Extra Help и управляется Управлением социального обеспечения (Social Security Administration, SSA). Люди, которые являются участниками Medicaid и/или Сберегательной программы (MSP) автоматически получают Extra Help в полном объеме (Full Extra Help). Вы также можете подать заявку на получение Extra Help напрямую через SSA.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

Full Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 135% of the Federal Poverty Level, and resource limits within the limits stated below. Income limits include an additional \$20 income disregard per month. Resources include an additional \$1,500 for individuals and \$3,000 for couples for funeral or burial expenses.

Benefits of Full Extra Help:

- No monthly premium for a Part D plan, if the plan selected is a “benchmark” plan, a Basic plan whose monthly premium (up to \$42.43 in 2022) is fully subsidized by Extra Help.
- No deductible.
- Reduced co-pays, depending on income. Beneficiaries with incomes up to 100% of the Federal Poverty Level will have co-pays of \$1.35 (in 2022) for generic and \$4.00 (in 2022) for brand name prescriptions. All others with full Extra Help will have co-pays limited to \$3.95 (in 2022) for generic and \$9.85 (in 2022) for brand name prescriptions.

Partial Extra Help is for beneficiaries with monthly incomes up to 150% of the Federal Poverty Level and resources within the limits stated below. Income limits include an additional \$20 income disregard per month. Resources 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 \$99.00 (in 2022).
- Reduced co-pays – the lower of 15% of drug costs and the plan’s cost-sharing.

Extra Help Income and Asset Limits (2022)				
	Individual		Married Couple	
	Monthly Income	Assets	Monthly Income	Assets
Full Extra Help	\$1,549	\$9,900	\$2,080	\$15,600
Partial Extra Help	\$1,719	\$15,510	\$2,309	\$30,950

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

Individuals with Extra Help will not be subject to a late enrollment penalty in Part D. Those with Extra Help may also change their Part D plan during the year outside the Annual Election Period (AEP). See page 31 for more information.

Some people automatically eligible for Extra Help may not already be enrolled in a Part D plan. The Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program, administered by Humana, provides them with temporary (or retroactive) prescription drug coverage while

Full Extra Help предназначается для бенефициаров с ежемесячными доходами, составляющими до 135% федерального уровня бедности, и ресурсами, ограниченными в следующих пределах. В ограничениях дохода не учитываются дополнительные 20 \$ дохода в месяц. Ресурсы включают дополнительные 1 500 \$ для одного человека или 3 000 \$ для пары на похороны и расходы, связанные с погребением.

Льготы Full Extra Help:

- Оплата страхового платежа за план Part D не требуется, если выбранный план является «эталонным» планом (“benchmark” plan), то есть базовым планом, ежемесячный страховой платеж по которому (до 42,43 \$ в 2022 г.) полностью субсидируется по программе Extra Help.
- Вычитаемая франшиза отсутствует.
- Сниженные совместные платежи, которые зависят от дохода. Бенефициары с доходом, составляющим до 100% федерального уровня бедности, будут оплачивать долю совместных платежей в размере 1,35 \$ (в 2022 г.) за непатентованные и 4,00 \$ (в 2022 г.) за патентованные медикаменты, отпускаемые по рецепту. Все остальные лица, получающие Extra Help в полном размере, будут оплачивать долю совместных платежей в размере 3,95 \$ (в 2022 г.) за непатентованные и 9,85 \$ (в 2022 г.) за патентованные медикаменты, отпускаемые по рецепту.

Частичная помощь Extra Help (Partial Extra Help) предназначается для бенефициаров с ежемесячными доходами, составляющими до 150% федерального уровня бедности и ресурсами в следующих пределах. В ограничениях дохода не учитываются дополнительные 20 \$ дохода в месяц. Суммы ресурсов включают дополнительные 1 500 \$ для одного человека или 3 000 \$ для пары на похороны и расходы, связанные с погребением.

Льготы частичной помощи Extra Help:

- Ежемесячный страховой платеж по скользящей шкале на основе дохода.
- Вычитаемая франшиза снижена до суммы, не превышающей 99,00 \$ (в 2022 г.)
- Сниженная доля совместных платежей — снижение до 15% стоимости медикаментов и совместных платежей по плану

Ограничения дохода и активов по программе Extra Help (2022)				
	Отдельное лицо		Супружеская пара	
	Ежемесячный доход	Активы	Ежемесячный доход	Активы
Полная помощь Extra Help	1 549 \$	9 900 \$	2 080 \$	15 600 \$
Частичная помощь Extra Help	1 719 \$	15 510 \$	2 309 \$	30 950 \$

Консультанты НИСАР и Управление социального обеспечения могут помочь вам с проверкой на право получения помощи по программе Extra Help. Для подачи заявки на помощь по программе Extra Help, позвоните в SSA по телефону 1-800-772-1213 (1-800-325-0778 ТТУ) или подайте заявку онлайн на веб-сайте www.socialsecurity.gov. Вы можете подать заявку на помощь по программе Extra Help в любое время в году.

На лиц, получающих помощь по программе Extra Help, не накладывается штраф за позднюю регистрацию на Part D. Люди, получающие помощь по программе Extra Help, также могут сменить свой план Part D в течение года вне ежегодного периода выбора покрытия (АЕР). Более подробная информация приведена на с. 31.

Некоторые люди, автоматически имеющие право на помощь по программе Extra Help, могут еще не быть участниками плана Part D. Программа перехода людей с ограниченным доходом, недавно получивших право на Medicare, (Limited Income Newly Eligible Transition, LINET), управляемая организацией Humana, предоставляет им временное (или ретроспективное) покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, пока они регистрируются на план Part D.

Им могут понадобиться документы с наиболее достоверными имеющимися

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

they enroll in a Part D plan. They may need documentation of Best Available Evidence (BAE) that they are eligible for Extra Help, such as a Medicaid award letter, MSP award letter, or proof of SSI. LINET can be reached at 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 senior citizens. If you are 65 years old or older, live in New York State, and have an income of up to \$75,000 for singles/\$100,000 for married couples, you may be eligible for EPIC. Most pharmacies in New York State participate in the EPIC program.

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

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

EPIC Fee AND Deductible PLANS

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

EPIC's Fee Plan - is for individuals with annual incomes up to \$20,000 and married couples with incomes up to \$26,000. To participate in the Fee Plan, participants pay an annual fee, set on a sliding scale based on their previous year's income. Fees are billed quarterly. (EPIC waives its fees for members with full Extra Help.)

After paying the fee, participants pay the EPIC co-pay (ranging from \$3 to \$20) for their medications, based on their Part D plan's cost-sharing.

EPIC also pays the Part D monthly premium for Fee Plan members, up to \$42.43 per month in 2022.

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. Participants in the Deductible Plan, pay for their prescriptions until they meet their EPIC deductible, which is based on their previous year's income. After meeting the deductible, participants pay only the EPIC co-pay. There is no fee to join the deductible plan.

данными (Best Available Evidence, BAE) о том, что они имеют право на получение помощи Extra Help, например, письмо о назначении пособия Medicaid, письмо о назначении пособия MSP или подтверждение SSI. Вы можете связаться с LINET по телефону 1-800-783-1307.

ПРОГРАММА EPIC ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

(Страховое покрытие медикаментов для пожилых людей)

Страховое покрытие медикаментов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) — это программа штата Нью-Йорк по страховому покрытию медикаментов для пожилых граждан. Если ваш возраст 65 лет и старше, вы живете в штате Нью-Йорк и ваш доход составляет до 75 000 \$ для человека, не состоящего в браке, и 100 000 \$ для супружеской пары, возможно, у вас есть право на получение EPIC. Большинство аптек в штате Нью-Йорк участвуют в программе EPIC.

Для получения EPIC у вас должно быть покрытие Part D (PDP или MA-PD), но если у вас еще нет Part D и вы регистрируетесь на EPIC, вы можете одновременно выбрать план Part D. Лица, имеющие полное покрытие Medicaid не имеют право на получение EPIC (люди, которые имеют излишний по параметрам Medicaid доход, но тратят излишок на медицинские услуги, могут иметь право получения помощи по этой программе).

Программа EPIC работает как второстепенное покрытие для Medicare Part D для снижения стоимости медикаментов. Участники программы EPIC должны показывать свою карту Part D и карту EPIC каждый раз, когда они приходят в аптеку за лекарством, выписанным по рецепту. После выплаты вычитаемой франшизы по Part D, EPIC предоставляет второстепенное покрытие. EPIC также покрывает медикаменты, которые не входят в Part D, в частности, отпускаемые по рецепту витамины и лекарства от кашля и простуды.

ПЛАН с комиссией и ПЛАН с вычитаемой франшизой программы EPIC

В рамках программы EPIC есть два плана: план с комиссией и план с вычитаемой франшизой. Лица, подающие заявку, не могут выбирать, участниками какого плана они станут. EPIC принимает это решение на основе дохода отдельного лица / супружеской пары.

План EPIC с комиссией предназначен для отдельных людей с ежегодным доходом до 20 000 \$ и супружеских пар с доходом до 26 000 \$. Для участия в плане с комиссией участники платят ежегодную комиссию, определяемую по скользящей шкале на основе их дохода за предыдущий год. Комиссия взимается раз в квартал. (EPIC освобождает участников, получающих полную помощь Extra Help, от оплаты комиссии).

После выплаты комиссии участники платят долю совместных платежей (в размере от 3 \$ до 20 \$) за свои медикаменты на основе совместной выплаты расходов по их плану Part D.

Программа EPIC также покрывает ежемесячный страховой платеж за Part D для участников плана с комиссией в размере до \$42.43 в месяц в 2022 г.

План EPIC с вычитаемой франшизой предназначен для отдельных людей с ежегодным доходом с 20 001 \$ до 75 000 \$ и супружеских пар с доходом с 26 001 \$ до 100 000 \$. Участники плана с вычитаемой франшизой оплачивают свои рецепты до тех пор, пока не выплатят вычитаемую франшизу EPIC, которая рассчитывается на основе дохода за предыдущий год. После выплаты вычитаемой франшизы участники платят только совместные платежи EPIC. Для регистрации на план с вычитаемой франшизой не требуется комиссия.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой NISAP

EPIC pays the Part D monthly premium (up to \$42.43 per month in 2022) 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 (\$510 in 2022).

After Deductible Plan members satisfy their deductible, all they will need to pay is the EPIC co-payment for covered drugs, based on their Part D plan's copays. Drug costs incurred in the Part D deductible phase are NOT applied to the EPIC deductible.

TIPS

- ✓ EPIC members without Extra Help may want to look into a Part D plan with a lower or no deductible because 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 Plan Finder 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 30), so anyone who cannot enroll in Part D for whatever reason, is not eligible for EPIC.

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

Part D coverage is primary and EPIC coverage is always secondary. The EPIC co-pay is based on the amount remaining after an enrollee's 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 have EPIC, you would pay the EPIC co-pay on a \$20 drug, which is \$7. EPIC will cover you after you have met your Part D deductible, including during the initial coverage level, the coverage gap, and during catastrophic coverage, if the drugs are first covered by your Part D plan. EPIC will be a secondary payer for Part D plan members who use EPIC participating pharmacies, including most retail pharmacies in New York State, and some mail order pharmacies.

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

EPIC and Extra Help

EPIC requires members who appear to be income eligible for Extra Help to provide additional information on their current income and assets/resources so that EPIC can apply to the Social Security Administration for Extra Help on their behalf. The application for Extra Help will then be forwarded to New York State's Medicaid program to assess eligibility for a Medicare Savings Program (see page 38) to help pay for their Medicare Part B premium.

EPIC оплачивает ежемесячные страховые взносы по Part D (до \$42,43 в месяц в 2022 г.) для участников плана с вычитаемой франшизой, доход которых составляет до 23 000 \$ для отдельного человека и до 29 000 \$ для супружеской пары. Участники плана с вычитаемой франшизой, имеющие более высокий доход, должны сами оплачивать страховые взносы за Part D, но их вычитаемая франшиза EPIC будет снижена на годовую стоимость базового плана Part D (510 \$ в 2022 г.).

После того, как участники плана с вычитаемой франшизой выплатят вычитаемую франшизу, им нужно будет вносить только совместные платежи EPIC за покрываемые медикаменты на основе совместных платежей по их плану Part D. Расходы на медикаменты, понесенные в течение периода выплаты вычитаемой франшизы по Part D, НЕ относятся к вычитаемой франшизе EPIC.

СОВЕТЫ

- ✓ Участникам программы EPIC, не имеющие Extra Help, стоит рассмотреть план Part D с более низкой вычитаемой франшизой или без нее, так как EPIC не покрывает медикаменты, отпускаемые по рецепту, приобретенные в течение периода выплаты вычитаемой франшизы по плану Part D.
- ✓ Регистрация на программу EPIC и совместные платежи EPIC не отражены в поисковике планов, находящимся на веб-сайте www.medicare.gov.

Как программа EPIC работает с Medicare Part D?

Законодательство Нью-Йорка требует, чтобы участники программы EPIC также были зарегистрированы на план Medicare Part D (см. Medicare Part D на с. 30), поэтому те люди, которые по какой-либо причине не могут зарегистрироваться на Part D, не имеют право на получение EPIC.

Вы можете зарегистрироваться на EPIC в любое время в году. Если у вас нет плана Part D во время регистрации на EPIC, то вы можете зарегистрироваться на Part D после этого.

Покрытие Part D является основным, а покрытие EPIC — всегда второстепенным. Доля в совместных платежах EPIC зависит от суммы, оставшейся после оплаты планом Part D, в результате чего стоимость, подлежащая оплате участником, снижается. Например, если вы должны заплатить совместный платеж в размере 20 \$ за медикамент, который покрывается Part D, и вы являетесь участником программы EPIC, то вы заплатите совместный платеж по программе EPIC за лекарство, которое стоит 20 \$, составляющий 7 \$. План EPIC начнет покрывать вас после того, как вы выплатите вычитаемую франшизу за Part D, в том числе в течение уровня начального покрытия, непокрываемого диапазона расходов и катастрофического покрытия, если медикамент впервые покрывается вашим планом Part D. Программа EPIC будет второстепенным плательщиком за планы Part D участников, которые пользуются аптеками, участвующими в программе EPIC, включая большинство аптек розничной торговли в штате Нью-Йорк и некоторые аптеки с доставкой по почте.

EPIC — это штатная программа фармацевтической помощи (Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) штата Нью-Йорк. В дополнение к AEP у участников SPAP есть специальный период регистрации (SEP) раз в год, позволяющий им зарегистрироваться или перейти с одного плана Part D на другой (или плана Medicare Advantage с покрытием Part D, или плана Part D, который работает с оригинальным планом Medicare).

EPIC и Extra Help

EPIC требует от участников, которые, как представляется, имеют право на Extra Help, предоставить дополнительную информацию об их текущем доходе и активах/ресурсах, чтобы программа EPIC могла подать от их имени заявление на получение Extra Help в Управлении социального обеспечения. Затем заявление на получение Extra Help отправляется программе Medicaid штата Нью-Йорк для оценки права на Сберегательную программу Medicare (см. с. 38), которая поможет им выплачивать страховые взносы за Medicare Part B.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой NISAP

Co-payments for drugs covered by Medicare Part D and EPIC:

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 considered to be a Part D plan, in which case the individual could also have EPIC. **Check with the benefits manager to find out what drug coverage you have.**

Applying for EPIC

- 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 You can also submit an online request for EPIC to mail you an application.
- Fillable EPIC application available at this link. Must still print. Sign and fax or mail to EPIC for processing. <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5080-fillin.pdf>
- Fax the completed EPIC application to 518-452-3576, or mail it to EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

Совместные платежи за медикаменты, покрываемые Medicare Part D и EPIC:

Стоимость медикамента по рецепту (После подачи плану Medicare Part D)	EPIC Совместный платеж
До 15 \$	3 \$
От 15,01 \$ до 35 \$	7 \$
От 35,01 \$ до 55 \$	15 \$
Свыше 55 \$	20 \$

EPIC и покрытие медикаментов от работодателя или для пенсионеров

EPIC требует регистрации на план Part D; люди, имеющие покрытие медикаментов от работодателя или для пенсионеров, вряд ли смогут получить EPIC, так как регистрация на план Part D поставит под угрозу их страховое покрытие от работодателя или для пенсионеров. При этом, иногда покрытие медикаментов от работодателя или для пенсионеров считается планом Part D и в этом случае человек также может иметь EPIC. **Свяжитесь с менеджером льгот, чтобы узнать, какое у вас покрытие медикаментов.**

Подача заявления на EPIC

- Позвоните EPIC по телефону 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138), чтобы запросить форму.
- Более подробная информация о программе EPIC находится по адресу https://www.health.ny.gov/health_care/epic/. Вы также можете подать заявку онлайн, чтобы EPIC прислали вам форму по почте.
- Форма для программы EPIC, доступная к заполнению, находится по этой ссылке. Ее все равно нужно будет распечатать. Подпишите и отправьте по факсу или почте на рассмотрение в EPIC. <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5080-fillin.pdf>
- Отправьте заполненную заявку на EPIC по факсу 518-452-3576 или по почте по адресу: EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

MEDICARE SAVINGS PROGRAMS

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

Below are descriptions of the different Medicare Savings Programs, followed by their income limits, 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 eliminate the coinsurance and deductibles for Parts A and B. An individual can be eligible for QMB only, or for QMB as well as Medicaid.
 - QMB status is noted on the Medicare Summary Notice, making it clear that the QMB beneficiary is not responsible for any Medicare cost-sharing.
 - SSI recipients when they become Medicare eligible, should be auto enrolled in QMB and in both Medicare Part A and Part B.
- **Specified Low Income Medicare Beneficiary Program (SLMB):** This program pays for the Medicare Part B premium. Individuals can receive 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 receive both QI and Medicaid. The applicant must have Medicare Part A to be eligible for QI.

Medicare Savings Program 2022	Monthly Income	
	Individual	Couple
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles, and co- insurance for those who are automatically eligible for Part A.	\$1,153	\$1,546
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	\$1,379	\$1,851
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	\$1,549	\$2,080

Note: Amounts listed above include a standard \$20 income disregard.

СБЕРЕГАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ MEDICARE

Сберегательные программы Medicare (MSPs) могут помочь людям, соответствующим определенным требованиям, оплачивать страховые взносы Medicare и другие расходы, связанные с Medicare. В штате Нью-Йорк MSP управляются Управлением человеческими ресурсами (Human Resources Administration, HRA). Вы можете зарегистрироваться на MSP в любое время в году. Программы MSP утверждаются на 12 месяцев; HRA рассылает пакеты по обновлению регистрации раз в год для оценки текущего соответствия требованиям.

Далее следует описание различных сберегательных программ Medicare, а также их лимиты дохода и способы подачи заявки на получение.

- **Программа для соответствующих требованиям бенефициаров Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Program, QMB):** Эта программа может оплачивать страховые взносы по Medicare Part A и Part B, а также устранять совместные страховые выплаты и вычитаемые франшизы за Part A и Part B. Некоторые люди имеют право только на QMB, а другие — одновременно и на QMB, и на Medicaid.
 - Статус QMB фиксируется в Сводном уведомлении Medicare, подтверждая, что бенефициар QMB не несет ответственность за какие-либо совместные расходы Medicare.
 - Когда получатели SSI получают право на Medicare, они должны автоматически зарегистрироваться на QMB, а также на Medicare Part A и Part B.
- **Специальная программа для бенефициаров Medicare с низким доходом (Specified Low Income Medicare Beneficiary Program, SLMB):** Эта программа оплачивает страховой взнос за Medicare Part B. Некоторые люди могут получать только SLMB, а другие — и SLMB, и Medicaid (с выплатой излишка дохода). Лица, подающие заявку на SLMB, должны иметь Medicare Part A, иначе они не будут иметь права на SLMB.
- **Соответствующее критериям лицо (Qualified Individual, QI):** Эта программа оплачивает страховой взнос за Medicare Part B. Не разрешается одновременно получать QI и Medicaid. Лица, подающие заявку на QI, должны иметь Medicare Part A, иначе они не будут иметь права на QI.

Сберегательная программы Medicare 2022	Ежемесячный доход	
	Отдельное лицо	Пара
QMB — Соответствующий критериям бенефициар Medicare Штат Нью-Йорк платит страховые взносы, вычитаемые франшизы и совместные страховые платежи для тех, кто автоматически имеет право на Part A.	1 153 \$	1 546 \$
SLMB — Уровни Специальной программы для бенефициаров Medicare с низким доходом Штат платит только страховой взнос за Part B.	1 379 \$	1 851 \$
QI — Соответствующее критериям лицо Штат платит только страховой взнос за Part B.	1 549 \$	2 080 \$

Примечание: Для приведенных выше сумм не учитываются стандартные дополнительные 20 \$ в месяц.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

Applying for a Medicare Savings Program

- You can apply for an MSP through a facilitated enroller, deputized agent, at the local Medicaid office, or by mail/fax.
 - Visit <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> or call 347-396-4705 to locate a Facilitated Enroller who can assist you in completing the application.
 - A deputized agent will assist you with completing the application and collecting the necessary supporting documents. To make an appointment with a deputized HIICAP counselor, call Aging Connect at 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP. You can also reach out to the Medicare Rights Center at 1-800-333-4114.
 - 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, or during the Public Health Emergency (PHE), you can also fax your application to: 917-639-0732.

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, DOH-4328, downloadable 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 application, DOH-4220 found at <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

What counts as income when applying for an MSP?

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

Note: The MSP program requires that you be collecting any Social Security benefits for which you are eligible unless you are delaying Social Security because you are working full time. (This requirement has been temporarily suspended during the Public Health Emergency).

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 33).
- If you apply for Extra Help through the Social Security Administration, SSA will forward your information to New York State for you to be considered for MSP eligibility.
- You may qualify for a Medicare Savings Program even if you are still working because of the earned income disregards. Less than half of income from work is counted for MSP eligibility.

Подача заявки на сберегательную программу Medicare

- Вы можете подать заявление на MSP через представителя по упрощенной регистрации, уполномоченного агента, в ближайшем офисе Medicaid или по почте/факсу.
 - Перейдите по ссылке <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> или позвоните по телефону 347-396-4705, чтобы найти представителя по упрощенной регистрации, который поможет вам заполнить заявку.
 - Уполномоченный агент поможет вам заполнить заявку и собрать необходимые подтверждающие документы. Чтобы назначить встречу с уполномоченным консультантом НПСАР, позвоните в организацию Aging Connect по телефону 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР. Вы также можете связаться с Центром по правам Medicare по телефону 1-800-333-4114.
 - Отправляйте заполненную заявку и копии подтверждающих документов по адресу: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801. Также во время чрезвычайной санитарной ситуации вы можете отправить заявку по факсу: 917-639-0732.

Какую форму мне использовать?

- Если вы подаете заявку только на MSP (а не на Medicaid и MSP одновременно), вы можете заполнить упрощенную форму на сберегательную программу Medicare, DOH-4328, которую можно загрузить по адресу: <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4328.pdf>.
- Если вы подаете заявку и на MSP, и на Medicaid, то вы должны заполнить форму на сберегательную программу Medicare и форму на доступ к здравоохранению Нью-Йорка, DOH-4220, находящуюся по адресу: <https://www.health.ny.gov/forms/doh-4220.pdf>.

Что считается доходом при подаче заявки на MSP?

- Доход включает заработную плату от работодателя или собственной предпринимательской деятельности. Также он включает средства, получаемые ежемесячно, в частности пособие по социальному обеспечению (Social Security), пенсию, льготы ветеранов, пособие по безработице и т. д., а также регулярные выплаты с индивидуального пенсионного счета (IRA), 401K, 403B или другого пенсионного счета.
- Существуют определенные суммы дохода, которые не учитываются и могут снизить сумму денег, которая считается доходом при определении права на получение MSP. Это включает оплаченные взносы медицинского страхования, например, взносы за Medigap, страхование долгосрочного ухода (Long Term Care Insurance), медицинское страхование пенсионеров и плана по страховому покрытию стоматологических и офтальмологических услуг.

Примечание: Программа MSP требует, чтобы вы получали льготы социального обеспечения, на которые вы имеете право, за исключением случаев, когда вы откладываете социальное обеспечение, потому что работаете на полную ставку. (Это требование приостановлено на время чрезвычайной санитарной ситуации).

Советы по отстаиванию прав на сберегательный программы Medicare

- Лица с MSP автоматически имеют право на полную помощь Extra Help для снижения их расходов на медикаменты по Medicare Part D (см. с. 33).
- Если вы подаете заявку на Extra Help через Управление социального обеспечения, оно отправит вашу информацию штату Нью-Йорк для рассмотрения вашего права на получение MSP.
- Вы можете иметь право на сберегательную программу Medicare, даже если вы все еще работаете, в виду неучитываемой части заработанного дохода. Менее половина дохода от работы засчитывается при принятии решения о праве на MSP.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

MEDICARE FRAUD AND ABUSE

The federal government estimates that billions of dollars--approximately 10% 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 a 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 that while not fraudulent, 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 for Medicare beneficiaries but not for other patients.
- Not adjusting accounts when errors are found.
- Routinely waiving the Medicare Part B deductible and 20% co-insurance.

Medicare do's and don'ts

- Never give your Medicare number to people you don't know. File a report with Medicare if you think someone has stolen your Medicare Beneficiary Identifier (MBI).
- Beware of private health plans, doctors and suppliers who use unsolicited telephone calls or door-to-door canvassing 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 out for home health care providers that offer non-medical transportation 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 notices from other insurance with the actual care.

МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРОГРАММОЙ MEDICARE

По оценкам федерального правительства миллиарды долларов, т. е. приблизительно 10% средств, потраченных Medicare, теряются из-за мошенничества, лишних трат и злоупотреблений. Бенефициаров Medicare просят быть внимательными и сообщать о любых подозрительных списаниях со счетов.

Что такое мошенничество?

Мошенничество — это действие по получению или попытке получения услуг и платежей обманными способами — умышленно, без принуждения и с полным пониманием своих действий. Примерами мошенничества являются:

- Накрутки, взятки или скидки.
- Использование карты или номера Medicare другого человека для получения услуг.
- списание средств за предметы или услуги, которые не были предоставлены.
- списание средств дважды за одну и ту же услугу в один и тот же день или в другой день.
- списание средств за услуги, которые не покрываются, например, стоматологические услуги, плановую гигиену ног, услуги, связанные со слухом, плановые проверки зрения и т. д., представляя их как покрываемые услуги.
- списание средств одновременно с Medicare и с другого страховщика, или одновременно с Medicare и пациента в целенаправленной попытке получить платеж дважды.

Что такое злоупотребление?

Злоупотреблением могут быть случаи и деятельность, которые, хотя они не являются мошенничеством, могут привести к потерям программы Medicare. Примерами злоупотребления являются:

- Чрезмерное использование медицинских и здравоохранительных услуг.
- Несоответствующие практики выставления счетов.
- Повышение стоимости для бенефициаров Medicare, но не для других пациентов.
- Отсутствие корректировки счетов при обнаружении ошибок.
- Регулярное освобождение от вычитаемой франшизы за Medicare Part B и 20% доли совместных платежей.

Что следует и чего не следует делать в связи с программой Medicare

- Никогда не давайте ваш номер Medicare незнакомым людям. Сообщите в Medicare, если вам кажется, что кто-то украл ваш идентификационный номер бенефициара Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI).
- Остерегайтесь частных медицинских планов, врачей и поставщиков, которые осуществляют непрошенные телефонные звонки или ходят по домам, агитируя вас купить товары и услуги.
- С подозрением относитесь к людям, которые звонят вам и говорят, что они из Medicare. Представители Medicare не звонят бенефициарам и не ходят по домам.
- Проявляйте настороженность к компаниям, предлагающие бесплатные раздачи в обмен на ваш номер Medicare.
- Остерегайтесь поставщиков медицинских услуг на дому, которые предлагают немедицинский транспорт или услуги по ведению домашнего хозяйства в качестве услуг, одобренных Medicare.
- С подозрением относитесь к людям, утверждающим, что они знают способы сделать так, чтобы Medicare заплатила за непокрываемую услугу.
- Ведите записи ваших приемов у врачей и обработки ваших счетов, сравнивая сводное уведомление Medicare (MSN) и уведомления от других страховщиков с фактическими услугами, которые вы получили.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

Be alert to:

- Duplicate payments for the same service.
- Services that you do not recall receiving.
- Billing for services 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. Provide 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 you assist the Medicare program in uncovering 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 Medicare Part D Plan Fraud & Abuse, call the Medicare Drug Integrity
Contractor
(MEDIC)_ at 1-877-7SafeRx/ 1-877-772-3379.**

**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/scams.

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 about the legitimacy of their need for this information. Be an informed and proactive consumer.

Проявляйте настороженность по отношению к следующему:

- Двойные платежи за одну и ту же услугу.
- Услуги, о получении которых вы не помните.
- Списание средств не за те услуги, которые были получены.
- Платежи Medicare за услугу, за которую вы уже заплатили поставщику услуг.

Как сообщать о мошенничестве, связанном с Medicare

Если вам кажется, что произошло мошенничество и злоупотребление, связанное со здравоохранением, позвоните по телефону 1-800-333-4374. Предоставьте как можно больше следующей информации:

- Название поставщика услуг или компании и любой идентификационный номер, стоящий возле его или ее имени.
- Ваше имя, адрес и телефонный номер.
- Дата обслуживания.
- Полученный вид услуги или предмет.
- Сумма, одобренная и оплаченная Medicare.
- Дата Сводного уведомления Medicare (MSN).
- Короткое заявление, описывающее проблему. Пишите как можно более конкретно.

Когда вы помогаете программе Medicare разоблачать мошенническую деятельность или деятельность по злоупотреблению, вы экономите средства Medicare, а также свои собственные средства.

Чтобы сообщить о мошенничестве и злоупотреблении программой Medicare, позвоните в Главную инспекцию Medicare (Senior Medicare Patrol, SMP) по телефону 1-800-333-4374.

Чтобы сообщить о мошенничестве и злоупотреблении планами Part D, позвоните контрагенту по этике в сфере медикаментов (Medicare Drug Integrity Contractor) (MEDIC) по телефону 1-877-7SafeRx/ 1-877-772-3379.

Мошенничество и злоупотребление касаются каждого и каждый может помочь!

КРАЖА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Федеральная торговая комиссия предоставляет информацию о том, как защитить свои персональные данные. Пожалуйста, обратитесь в FTC за получением информации или чтобы оставить жалобу по телефону 1-877-438-4338 или на веб-сайте www.consumer.gov/scams.

Пожалуйста, храните в безопасности ваш номер Medicare и номер социального обеспечения, а также дату рождения и любую другую персональную информацию, в частности касающуюся банковских услуг и кредитных карт. Будьте осмотрительны и задавайте вопросы тем, кто просит у вас эту информацию и не стесняйтесь ставить под сомнение легитимность необходимости в этой информации. Будьте информированным и предусмотрительным потребителем.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НІСАР

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 to be eligible. Individuals determined to be Medicaid eligible are issued a permanent plastic Medicaid card that is valid if they remain eligible. In addition to the financial guidelines, Medicaid requires that applicants be U.S. citizens or qualified aliens. Individuals applying for Medicaid in NYC must reside in NYC.

MEDICAID COVERS

- 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 (HRA); those under 65 and not blind or disabled apply through the NY State of Health (NYSoH). This section discusses how individuals 65+, blind, or disabled apply for Medicaid. See page 47 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** is health insurance coverage used by people living in their homes.
- **Institutional Medicaid** provides the full range of health coverage AND pays for care in a nursing home for full-time residents. (This is different from care in a skilled nursing facility, which is temporary and covered by Medicare Part A.)

COMMUNITY MEDICAID - eligibility requirements include a **maximum monthly income** in 2022 of \$934 for single individuals/\$1,367 for married couples, and an **asset** limit of \$16,800 (plus \$1,500 in a burial fund) for single individuals/\$24,600 (plus \$3,000 in burial funds) for married couples.

Medicaid counts **income** from all sources, including wages and Social Security and pension payments. There are certain allowable **income deductions**, so even if your income is over these amounts, you are encouraged to apply. Additionally, if your income is over these amounts, you may be eligible to participate in Medicaid’s **Excess Income Program, also known as Medicaid Spenddown**. With the Spenddown Program, you can either pay Medicaid

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

ПРАВО НА MEDICAID ДЛЯ ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 65 ЛЕТ, НЕЗРЯЧИХ И ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ

Medicaid не по программе MAGI

Medicaid — это совместная программа по медицинскому страхованию федерального, штатного и муниципального правительства для лиц с низким доходом. Medicaid — это программа с проверкой средств, то есть люди, подающие на нее заявку, должны доказать финансовую необходимость в этом праве. Лицам, которые признаны имеющими право на Medicaid, выдается постоянная пластиковая карта Medicaid, которая действует в течение всего времени, что они имеют право на Medicaid. В дополнении к финансовым правилам, Medicaid также требует, чтобы кандидаты были гражданами США или соответствующими требованиям иностранцами. Лица, подающие заявку на Medicaid в г. Нью-Йорк, должны проживать в г. Нью-Йорк.

MEDICAID ПОКРЫВАЕТ

- Экстренные и больничные услуги
- Профилактические услуги
- Услуги личной гигиены
- Услуги по сопровождению клиентов
- Одобренные препараты, отпускаемые по рецепту
- Физиотерапия
- Реабилитация речи и слуха
- Услуги, связанные с туберкулезом
- Услуги психического здоровья
- Услуги персональной медицинской сестры
- Слуховые аппараты
- Диагностические услуги
- Услуги, связанные с профессиональной деятельностью
- Услуги клиники
- Услуги скрининга
- Услуги реабилитации
- Хосписный уход
- Очки и оптометрические услуги
- Стоматологические услуги и протезы
- Протезы
- Транспортировка
- Медицинский уход на дому

Где и как вы подаете заявку на Medicaid зависит от вашей категории: лица старше 65 лет, незрячие или люди с инвалидностью подают заявку через Управление человеческих ресурсов (HRA) г. Нью-Йорк; те, кому еще нет 65 и кто не является незрячим и не имеет инвалидности, подают заявку через биржу медицинского страхования NY State of Health (NYSoH). В этом разделе рассматривается, как люди возрастом старше 65 лет, незрячие и люди с инвалидностью подают заявку на Medicaid. Информация о Medicaid для тех, кому еще нет 65 и кто не является незрячим и не имеет инвалидности, приведена на с. 47.

Люди возрастом старше 65 лет, незрячие и люди с инвалидностью могут получить право на Medicaid различными способами в зависимости от того, какие услуги они запрашивают.

- **Community Medicaid** — это медицинское страховое покрытие для людей, которые живут дома.
- **Institutional Medicaid** предоставляет полный спектр медицинского покрытия и оплачивает уход в учреждении сестринского ухода для людей, которые постоянно там живут. (Это не то же самое, что уход в учреждении квалифицированного сестринского ухода, который является временным и покрывается в рамках Medicare Part A).

COMMUNITY MEDICAID: критерии получения включают **максимальный ежемесячный доход** в 2022 г. в размере 934 \$ для одинокого человека и 1 367 \$ для супружеской пары и ограничение **активов** в размере 16 800 \$ (плюс 1 500 \$ на погребение) для одинокого человека и 24 600 \$ (плюс 3 000 \$ на погребение) для супружеской пары.

Medicaid учитывает **доход** из всех источников, включая заработную плату, выплаты социального обеспечения и пенсионные выплаты. Существует определенные допустимые **вычеты из дохода**, то есть даже если ваш доход превышает эти суммы, вам все равно рекомендуется подать заявку. Кроме того, если ваш доход превышает эти суммы, возможно, у вас есть право участия в **Программе излишнего дохода (Excess Income Program) Medicaid**, также называемой **Medicaid Spenddown**. По программе Spenddown вы можете либо заплатить Medicaid излишнюю сумму — сумму, на которую вы превышаете лимит дохода по программе Medicaid — или предоставить счета на медицинские услуги, которые покрывают эту сумму.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

your excess amount - the amount by which you are over Medicaid's income limit – or submit bills for health care expenses that add up to that amount. Meeting the spenddown either way entitles you to full Medicaid coverage for the remainder of the month.

Assets - include cash, bank accounts, retirement accounts and stocks. Certain assets are not counted toward these limits, including your primary home, your automobile and personal belongings. Community Medicaid applicants must document assets in the month of application; **there is no lookback period for transfer of assets for Community Medicaid, with the exception of those applying for community-based long-term care services.** For community-based Medicaid covered long term care services, NYS will be implementing a 30-month lookback period to be phased in over time, beginning with transfers made on or after October 1, 2020. The implementation of the lookback has been delayed until at least July 2022. The lookback will apply to new applications for home care services; those already enrolled will not have any lookback on asset transfers. Applicants seeking coverage for community-based long-term care filed before the effective date will have no lookback.

For a complete listing of how Medicaid counts income and assets, visit the Medicaid Reference Guide at www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. If your income and/or assets are over Medicaid's allowed amounts, you may want to consider applying for a Medicare Savings Program to help pay the Medicare premiums and other costs associated with Medicare (see page 38).

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 at https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/alternative_forms.htm.

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. Call 347-396-4705 or check 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. To find Medicaid offices near you, see page 55, call 311 and ask for the Human Resources Administration, or visit 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/Medical Assistance Program
PO Box 24390 Brooklyn, NY 11202-9814

You can also fax your application to 917-639-0732. Your authorized representative can fax an application to 917-639-0731.

Любой из этих способов дает вам право на получение полного покрытия Medicaid на оставшуюся часть месяца.

Под **активами** понимаются наличные, банковские счета, пенсионные счета и акции. Некоторые активы не учитываются в этих пределах, включая ваше основное место жительства, ваш автомобиль и ваши личные вещи. Лица, подающие заявку на Community Medicaid, должны задокументировать активы в месяц подачи заявки; **для Community Medicaid не существует периода ретроспективного обзора передачи активов, за исключением тех, кто подает заявку на услуги долгосрочного ухода при жизни в обществе.** Для услуг долгосрочного ухода при жизни в обществе, покрываемых Medicaid, штат Нью-Йорк вводит 30-месячный период ретроспективного обзора, который будет вводиться постепенно, начиная с переводов средств, сделанных 1 октября 2020 г. и позже. Введение периода ретроспективного обзора отложено как минимум до июля 2022 г. Ретроспективный обзор будет применяться к новым заявкам на услуги ухода на дому; для тех, кто уже является участником, ретроспективного обзора перевода средств не будет. Для кандидатов, подавшие заявку на покрытие долгосрочного ухода при жизни в обществе до даты вступления в силу, ретроспективного обзора не будет.

Полная информация о том, как программа Medicaid учитывает доход и активы, находится в Руководстве по Medicaid (Medicaid Reference Guide), с которым можно ознакомиться по адресу www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. Если ваш доход и/или активы превышают суммы, разрешенные программой Medicaid, вам стоит рассмотреть подачу заявки на сберегательную программу Medicare, которая поможет вам оплачивать страховые взносы Medicare и другие расходы, связанные с Medicare (см. с. 38).

Заявка на получение Medicaid: Кандидаты заполняют форму на доступ к здравоохранению Нью-Йорка (Access NY Health Care), форму DOH 4220, а также Приложение А (Supplement A). Эти формы и инструкции находятся по адресу https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/alternative_forms.htm.

Куда отправлять заявку?

Есть варианты того, где и как подать заявку на Medicaid.

Свяжитесь с ближайшим представителем по упрощенной регистрации, и он вам поможет. Позвоните по телефону 347-396-4705 или посмотрите список представителей по регистрации здесь: www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf.

Посетите ближайший офис Medicaid. Вам могут помочь с заполнением заявки лично в офисе либо вы можете принести уже заполненную заявку. Чтобы найти ближайшие офисы Medicaid, обратитесь к с. 55, позвоните по телефону 311 и попросите соединить вас с Управлением человеческих ресурсов или перейдите по адресу www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page.

Подайте заявку по почте. Отправляйте заполненную заявку и копии подтверждающих документов по адресу:
Initial Eligibility Unit
HRA/Medical Assistance Program
PO Box 24390 Brooklyn, NY 11202-9814

Вы также можете отправить заявку факсом на номер 917-639-0732. Ваш уполномоченный представитель может отправить заявку факсом на номер 917-639-0731.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

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

Eliminating the Spenddown for Medicaid Applicants

Disabled individuals of any age in need of Community Medicaid services, including home care, adult day care, and prescription drug coverage, can utilize all 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 “excess” or Spenddown amounts to Medicaid. A pooled-income trust fund, managed by a nonprofit agency, receives the individuals’ monthly surplus income, and redistributes it on their behalf to pay expenses such as rent, utilities, etc., as they or their legal representative directs.

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

How does Medicaid work with Medicare?

It is possible to have both Medicare and Medicaid. People with both Medicare and Medicaid are known as “dual eligible.” Medicare is primary coverage and Medicaid secondary. In addition to eliminating Medicare’s cost-sharing requirements, such as the Part A deductible and Part B deductible and 20% co-insurance, (when they use providers that accept both Medicare and Medicaid) Medicaid in New York also offers some benefits not covered under the Medicare program, such as home health care, and dental and vision services.

Like all Medicare beneficiaries, dual eligible can choose how they receive their Medicare and Medicaid benefits. It is important to confirm with providers that they accept the coverage. Here are the different ways that dual eligible 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 (SNP) specifically designed for dual eligible – SNPs are HMOs that provide all Medicare A, B and D benefits.
- Medicare Advantage Plan with Part D + fee-for-service Medicaid (NYS Benefits Card).

How does Medicaid interact with Medicare Part D?

Dual eligible are automatically enrolled in full Extra Help (see page 33) and will be automatically enrolled in a Part D plan if they do not sign up for one on their own. Dual eligible enrolled in “benchmark” Part D plans will pay no premium for Part D coverage. Dual eligible with incomes under 100% of the Federal Poverty Level (FPL) will have co-pays of \$1.35 for generic/\$4.00 for brand name prescriptions in 2022. Those with incomes over 100% FPL will have co-pays of \$3.95 for generic /\$9.85 for brand-name prescriptions in 2022.

Повторная сертификация: Medicaid дается на 12-месячный период. Примерно на 9 месяце покрытия HRA отправляет по почте пакет повторной сертификации, который должен быть заполнен для определения продолжающегося права на получение помощи.

Устранение требования о выплате излишка дохода для кандидатов на Medicaid

Лица с инвалидностью любого возраста, которые нуждаются в бытовом обслуживании Medicaid, включая уход на дому, дневную группу для взрослых и покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, могут использовать весь свой доход для оплаты расходов на жизнь путем участия в **трасте для специальных нужд**. Создание траста для специальных нужд устраняет необходимость выплаты избыточной части своего дохода (Spendedown) программе Medicaid. Траст объединенного дохода, управляемый некоммерческой организацией, получает избыточный ежемесячный доход человека и распределяет его от имени этого человека на оплату таких расходов как аренда, коммунальные услуги и другое, в соответствии с указаниями его юридического представителя.

За дальнейшей информацией вы можете обратиться к Программе юридических ресурсов Эвелин Франк (Evelyn Frank Legal Resources Program) Нью-Йоркской группы юридической помощи (NY Legal Assistance Group) по телефону 212-613-7310 или эл. почте EFLRP@NYLAG.org.

Как Medicaid работает с программой Medicare?

Вы можете одновременно быть участником и Medicare, и Medicaid. Люди, являющиеся участниками и Medicare, и Medicaid называются “dual eligible” (имеющими право на участие в двух программах). Medicare является основным покрытием, а Medicaid — второстепенным. Помимо устранения требования по совместным выплатам Medicare, в частности, вычитаемой франшизы по Part A и Part B, а также 20% доле совместных страховых платежей (при использовании поставщиков услуг, которые принимают и Medicare, и Medicaid), Medicaid в Нью-Йорке также предлагает некоторые льготы, не покрываемые программой Medicaid, в частности, медицинский уход на дому, услуги стоматолога и оптометриста.

Как все бенефициары Medicare, люди, имеющие право на обе программы, могут выбирать способ получения льгот по Medicare и Medicaid. Важно подтвердить, что поставщик услуг принимает это покрытие. Лица, имеющие право на обе программы, могут пользоваться льготами Medicare и Medicaid следующими способами:

- Оригинальный план Medicare (красная, белая и синяя карты) + комиссия за услугу Medicaid (льготная карта штата Нью-Йорк) + план Medicare Part D.
- План специальных потребностей (SNP) специально разработан для лиц, имеющих право на обе программы. SNP — это НМО, предоставляющие все льготы Medicare A, B и D.
- План Medicare Advantage с Part D + Medicaid на условиях оплаты за оказанные услуги (льготная карта штата Нью-Йорк).

Как программа Medicaid взаимодействует с Medicare Part D?

Лица, имеющие право на обе программы, автоматически становятся участниками Extra Help в полном объеме (см. с. 33) и плана Part D, если они не регистрируются на него сами. Лица, имеющие право на обе программы и являющиеся участниками эталонных планов Part D, не будут платить страховой взнос за покрытие Part D. Лица, имеющие право на обе программы, с доходом до 100% федерального уровня бедности будут платить совместные платежи в размере 1,35 \$ за непатентованные и 4,00 \$ за патентованные медикаменты, отпускаемые по рецепту, в 2022 г. Лица с доходом свыше 100% федерального уровня бедности будут платить совместные платежи в размере 3,95 \$ за непатентованные и 9,85 \$ за патентованные медикаменты, отпускаемые по рецепту, в 2022 г.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

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

Medicaid Managed Long Term Care

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

Dual eligible in need of Medicaid-covered personal-care, homecare, 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:

Call New York Medicaid Choice/Maximus at 855-222-8350 for an evaluation of your need for home care services.

If you are approved for Medicaid covered long term care, you will be required to enroll in a Medicaid Managed Long Term Care plan. You will receive a packet in the mail informing you about your choices and how to enroll. 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).

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

Managed Long Term Care (MLTC): MLTC plans provide primarily long-term care services. This is the most flexible of the managed long-term care plan options since enrollees continue to use their current Medicare and Medicaid plans for all services other than long-term care services.

Medicaid Advantage Plus (MAPlus): MAPlus members receive ALL their Medicaid AND Medicare services, including long-term care services, through the one plan and must use in-network providers.

Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): PACE plan members receive all their Medicaid and Medicare services, including long-term care services, through the one plan and must use in-network providers. The PACE plans differ from MAPlus plans in that enrollee must be at least 55 years old to join PACE and PACE plans provide service through a particular site, such as a medical clinic or a hospital.

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

MLTC, MAP+ and PACE:

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf

Plan Directory: https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

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. Here is a link to the HRA Medicaid Alert describing the procedure: www.wnylc.com/health/afile/203/614/.

Согласно законодательству некоторые медикаменты не покрываются Part D, в частности, медикаменты, отпускаемые без рецепта, и витамины. Они могут покрываться программой Medicaid по рецепту.

Управляемый долгосрочный уход (Managed Long Term Care) по программе Medicaid

Подача заявки на программу Medicaid для покрытия услуг личной гигиены, ухода на дому или услуг персональной медицинской сестры

Лица, имеющие право на обе программы, которым необходимы услуги личной гигиены, ухода на дому или персональной медицинской сестры, должны сначала подать заявку в программу Medicaid и получить ее одобрение (с требованием выплаты излишка дохода или без него), а потом следовать следующим шагам:

Позвоните в организацию Medicaid Choice/Maximus штата Нью-Йорк по телефону 855-222-8350 для оценки вашей нужды в услугах ухода на дому.

Если для вас будет одобрен долгосрочный уход, покрываемый Medicaid, то вам нужно будет стать участником плана управляемого долгосрочного ухода Medicaid. Вы получите по почте пакет, сообщающий о ваших вариантах и о том, как зарегистрироваться. Если вы не выберете план самостоятельно, то вы автоматически станете участником плана управляемого долгосрочного ухода (см. первый пункт ниже).

Вы можете выбрать один из **трех видов** планов управляемого долгосрочного ухода:

Управляемый долгосрочный уход (Managed Long Term Care, MLTC): Планы MLTC предоставляют главным образом услуги управляемого долгосрочного ухода. Это наиболее гибкий вариант из планов управляемого долгосрочного ухода, так как участники продолжают пользоваться их текущими планами Medicare и Medicaid для всех услуг, помимо услуг долгосрочного ухода.

Medicaid Advantage Plus (MAPlus): Участники MAPlus получают ВСЕ свои услуги Medicare и Medicaid, включая услуги долгосрочного ухода, через один план и должны пользоваться поставщиками услуг, которые входят в сеть.

Программа комплексного ухода для пожилых (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) Участники плана PACE получают все свои услуги Medicare и Medicaid, включая услуги долгосрочного ухода, через один план и должны пользоваться поставщиками, которые входят в сеть. Планы PACE отличаются от планов MAPlus тем, что для регистрации на PACE участникам должно быть по крайней мере 55 лет и планы PACE предоставляют услуги в определенном месте, например, медицинской клинике или больнице.

Дальнейшая информация о типах планов управляемого долгосрочного ухода находится по адресу: MLTC, MAP+ and PACE:

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/redesign/docs/mltc_guide_e.pdf

Директория планов: https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm

Для кандидатов на Medicaid, имеющих неотложную потребность в услугах ухода на дому, существует процедура получения одобрения от Medicaid в течение 7 дней и одобрения на уход на дому в течение 12 дней. Вот ссылка на уведомление Medicare HRA, описывающее эту процедуру: www.wnyc.com/health/afile/203/614/.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

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

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

How do I select a plan?

Decide what type of plan would best suit your needs (MLTC, MAPlus, or PACE).

Ask your providers (home care agency, medical providers, etc.) what plans they participate in so that you can pick a plan that will allow you to continue seeing your providers. If you wish to enroll in a MAPlus or PACE plan, you also need to get your Part D drug coverage through that plan; the Plan Finder at www.medicare.gov has the prescription drug information for these plans.

To enroll in the plan, call NY Medicaid Choice at 1-888-401-6582.

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

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

MEDICAID FOR INSTITUTIONAL CARE: Income and asset guidelines are stringent for institutional Medicaid. Generally speaking, nursing home residents have to put most of their income, except for a small monthly "personal care" allowance toward paying the nursing home costs, unless they are expected to return home. Rules are more flexible if they have a spouse still living at home.

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

If any such transfers are found within the 5-year look-back period, Medicaid will impose a "transfer penalty" meaning it will not pay for the applicant's nursing home stay for a period of time proportional to the amount of money transferred.

Community spouse protection: When one spouse enters a long-term care facility, the spouse remaining at home is protected from financial impoverishment due to covering the costs of care. Federal and New York State law mandate that the community spouse be allowed to retain the couple's home, car, personal belongings, and a sum of money from their joint assets.

Как управляемый долгосрочный уход работает с Medicaid Spenddown?

Многие люди являются участниками Medicaid с Spenddown (выплатой программе излишка дохода), что помогает им платить за услуги ухода на дому, покрываемые Medicaid. Эти люди платят излишек дохода по Medicaid плану медицинского страхования. Если участник не платит сумму излишка дохода, план может аннулировать его регистрацию.

Как выбрать план?

Выберите, какой план больше всего подходит вашим нуждам (MLTC, MAPlus или PACE). Спросите своих поставщиков услуг (агентство ухода на дому, поставщиков медицинских услуг и т. д.), с какими планами они работают, чтобы вы могли выбрать план, позволяющий вам и дальше посещать ваших поставщиков услуг. Если вы хотите стать участником плана MAPlus или PACE, вам нужно будет получать покрытие медикаментов Part D через этот план; поисковик планов, находящийся по адресу www.medicare.gov, содержит информацию о планах покрытия рецептурных медикаментов для этих планов.

Чтобы стать участником плана, позвоните в организацию Medicaid Choice Нью-Йорка по телефону 1-888-401-6582.

Как мне получить помощь с планами управляемого долгосрочного ухода?

Независимая сеть защиты прав потребителей (Independent Consumer Advocacy Network, ICAN) — это программа представителя штата Нью-Йорк для людей, получающих услуги долгосрочного ухода через управляемый уход Medicaid, включая MLTC, MAPlus, PACE и обычную программу Medicaid (с услугами долгосрочного ухода). Вы можете связаться с ICAN по телефону 1-844-614-8800.

MEDICAID ДЛЯ УХОДА В УЧРЕЖДЕНИИ: Для услуг ухода в учреждении по программе Medicaid установлены строгие нормы по доходу и активам. В целом, люди, живущие в учреждении сестринского ухода, должны платить большую часть своего дохода (кроме небольшого ежемесячного пособия на «персональный уход») в счет расходов на учреждение сестринского ухода, за исключением случаев, когда ожидается их возвращение домой. Существуют более гибкие правила для случаев, когда у человека есть супруг(а), живущие дома.

Учреждение сестринского ухода должно подготовить и подать заявку на уход в учреждении по программе Medicaid. В дополнение к обычной заявке на Medicaid для лиц, живущих дома, кандидаты должны предоставить документы о своих активах за предыдущие 5 лет. Пятилетний период ретроспективного обзора позволяет программе Medicaid обнаружить осуществленные на безвозмездной основе переводы средств, сделанные с целью получить право на Medicaid.

Если такие переводы средств обнаружены в течение пятилетнего периода ретроспективного обзора, программа Medicaid наложит «штраф за перевод средств». Это значит, что она не будет оплачивать пребывание кандидата в учреждение сестринского ухода в течение времени, соответствующего переведенной сумме денег.

Защита супруга(и), живущего(ей) в обществе: Если один из супругов помещен в учреждение долгосрочного ухода, то второй, оставшийся дома, защищен от финансовой бедности в связи с покрытием расходов на уход. Федеральное законодательство и законодательство штата Нью-Йорк требует, чтобы тому из супругов, кто живет в обществе, было разрешено сохранить за собой дом, машину, личные вещи пары и сумму денег из их общих активов.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

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 the 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 structures that can include premiums, deductibles, copayments, and maximum out-of-pocket costs. All plans that offer coverage through the Marketplace are HMOs, the most restrictive form of managed care. In New York City, you must select a plan that serves your borough of residence.

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

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

MAGI Medicaid, for those under 65, not blind or disabled: Income up to 138% of FPL. Can apply year-round. No resource limit.

Essential Plan: Income from 138% to 200% of FPL for those under 65. Can apply year-round. No resource limit.

“Qualified Health Plan” (QHP), with or without a federal subsidy; Can apply only during the annual open enrollment period, unless applicant has a qualifying event. No resource limit.

How to apply for coverage through the Marketplace:

Apply online at www.nystateofhealth.ny.gov.

Receive free application assistance through a navigator. Visit <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> for a listing of navigators in New York.

Call the New York State of Health Customer Service Center at 1-855-355-5777.

NY State of Health will first evaluate you for **MAGI Medicaid** eligibility. If not eligible for MAGI 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. Those not eligible for a subsidy pay the full price for the plan. You must be a citizen or a legal permanent resident residing in New York to purchase a plan through the New York Marketplace.

NY STATE OF HEALTH / БИРЖА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- **Medicaid для людей, возрастом младше 65 лет, не являющихся незрячими и не имеющих инвалидности**
 - **План Essential**
- **План медицинского обеспечения, отвечающий требованиям для списания его оплаты с налогооблагаемой базы (Qualified Health Plan)**

Биржа медицинского страхования — это организованный рынок для приобретения медицинского страхования. В штате Нью-Йорк биржа называется New York State of Health: The Official Health Plan Marketplace. На бирже Marketplace в г. Нью-Йорк доступно множество вариантов медицинского страхования. Доступные на бирже Marketplace планы обеспечивают комплексное медицинское страховое покрытие и снабжены структурами совместных расходов, которые включают страховые взносы, вычитаемые франшизы, совместные платежи и максимальные выплаты из средств пациента. Все планы страхового покрытия, предлагаемые на бирже Marketplace представляют собой НМО — наиболее ограниченную форму управляемого ухода. В г. Нью-Йорк вы можете выбрать план, обслуживающий район (боро), в котором вы живете.

В соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании вам не могут отказать в медицинском страховом покрытии в связи с уже существующими нарушениями здоровья; с людей, уже имеющих нарушения здоровья, запрещается брать более высокую плату за медицинское страхование; и также запрещается устанавливать периоды ожидания в получении ухода в связи с уже существующими нарушениями здоровья. Эти правила относятся к планам, приобретенным через биржу Marketplace или вне его.

NY State of Health оценивает право на получение для следующих видов медицинского страхования:

MAGI Medicaid, для людей, возрастом младше 65 лет, не являющихся незрячими и не имеющих инвалидности: Доход до 138% федерального уровня бедности. Заявку можно подать в любое время в году. Нет ограничений ресурсов.

План Essential: Доход с 138% до 200% федерального уровня бедности для людей младше 65 лет. Заявку можно подать в любое время в году. Нет ограничений ресурсов. План медицинского страхования **Qualified Health Plan (QHP)**, с федеральной субсидией или без нее; Заявку можно подавать только в течение ежегодного открытого периода регистрации, за исключением случаев, когда у кандидата происходит событие, дающее на это право. Нет ограничений ресурсов.

Как подать заявку на покрытие через биржу Marketplace:

Подайте заявку онлайн на веб-сайте www.nystateofhealth.ny.gov.

Получить бесплатную помощь в подаче заявки через навигатора. Список навигаторов в Нью-Йорке приведен по адресу <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> Позвоните в центр обслуживания клиентов биржи New York State of Health по номеру 1-855-355-5777.

Сначала биржа NY State of Health проверит, имеете ли вы право на **MAGI Medicaid**. Если вы не имеете права на MAGI Medicaid, биржа проверит, имеете ли вы право на **план Essential**. Если вы не имеете права на план Essential, биржа проверит, имеете ли вы право на план медицинского страхования **Qualified (Qualified Health Plan, QHP)**. Некоторые люди имеют право на федеральную субсидию для покупки QHP. Те, кто не имеют права на субсидию, платят полную стоимость плана. Для приобретения плана через Нью-Йоркскую биржу вы должны быть гражданином или законным постоянным резидентом, проживающим в Нью-Йорке.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

How does other insurance interact with Marketplace plans?

If you have non-MAGI Medicaid, you do not need to purchase other health insurance.

If you have Medicare, you do not need to purchase health insurance through the Marketplace. People with Medicare generally CANNOT enroll in a Marketplace plan. Medicare beneficiaries cannot get a federal subsidy to purchase a plan.

If you are receiving Social Security Disability Insurance (SSDI) and are in the 24-month waiting period for Medicare coverage to begin, you may want to look into a Marketplace plan. When you become Medicare eligible, you can drop your Marketplace plan. You will need to decide how to get your Medicare benefits – either Original Medicare or a Medicare Advantage plan.

MAGI MEDICAID FOR PEOPLE UNDER 65, NOT BLIND OR DISABLED

Pregnant women, children up to age 18, parents/caretaker relatives, and childless adults ages 19 through 64 are evaluated for Medicaid eligibility under MAGI (Modified Adjusted Gross Income) budgeting. Those with incomes up to 138% of FPL, estimated at \$1,482 monthly for individuals/\$2,004 for couples in 2022, may qualify for MAGI Medicaid. Children up to age 19 can qualify for MAGI Medicaid at higher income levels. There is no resource limit. Individuals will receive their Medicaid benefits through a managed care plan (HMO), which should be selected at the time of application. MAGI Medicaid recertification happens annually.

Individuals who are determined to be 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.

What happens to my MAGI Medicaid through the Marketplace when I become Medicare eligible due to turning 65 or disability?⁴

Individuals with MAGI Medicaid through the Marketplace cannot maintain Marketplace coverage when they turn 65 or get Medicare due to disability, although the transition process differs in the two cases. **Exception: Parents/Caretaker relatives of minor children are allowed to maintain MAGI Medicaid through the NY State of Health and also have Medicare.** All individuals who transition from Marketplace Medicaid to Medicare will automatically receive Extra Help for Part D (see page 33).

Medicare eligible at 65: Those approaching 65 have their Medicaid case transferred to the NYC Human Resources Administration (HRA). HRA will mail forms for them to complete and return. The forms enable HRA to assess whether individuals can remain on Medicaid at the lower, non-MAGI levels. Individuals should respond to any HRA mailings if they wish to be assessed for ongoing Medicaid eligibility. HRA will give them approximately four months of Medicaid eligibility while the assessment takes place. During this time, they can use their NYS Benefits Card and access fee-for-service Medicaid from any provider who accepts Medicaid.

⁴ Note: This following process has been suspended during the Public Health Emergency (PHE). Individuals who become Medicare eligible during this period maintain their MAGI Medicaid coverage.

Как другое страхование взаимодействует с планами, доступными на бирже?

Если вы участник Medicaid не по программе MAGI, то вам не нужно покупать другую медицинскую страховку.

Если вы участник Medicare, то вам не нужно приобретать медицинскую страховку через биржу. Как правило, участники Medicare НЕ МОГУТ зарегистрироваться на план, доступный через биржу. Бенефициары Medicare не могут получать федеральную субсидию для покупки плана.

Если вы получаете социальное пособие по нетрудоспособности (SSDI) и сейчас у вас 24-месячный период ожидания начала покрытия Medicare, вам стоит рассмотреть планы, доступные на бирже. Когда вы снова получите право на получение Medicare, вы сможете отменить ваш план, приобретенный через биржу. Вам нужно будет решить, как вы хотите получать ваши льготы по программе Medicare: через оригинальный план Medicare или через план Medicare Advantage.

MAGI MEDICAID ДЛЯ ЛЮДЕЙ МЛАДШЕ 65 ЛЕТ, НЕ ЯВЛЯЮЩИХСЯ НЕЗРЯЧИМИ И НЕ ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТИ

Беременные женщины, дети до 18 лет, родители или родственники, которые являются опекунами, а также взрослые люди возрастом с 19 до 64, не имеющие детей, проверяются на право получения Medicaid по программе финансирования MAGI (Modified Adjusted Gross Income, валовый доход с поправками и изменениями). Те, чей доход составляет до 138% федерального уровня бедности, что в 2022 г. оценивается, как 1 482 \$ для одного человека и 2 004 \$ для пар, могут иметь право на MAGI Medicaid. Дети до 19 лет могут иметь право на MAGI Medicaid при более высоком уровне дохода. Ограничения ресурсов отсутствуют. Люди будут получать свои льготы Medicaid через план управляемого ухода (НМО), который необходимо выбрать во время подачи заявки. Повторная сертификация для MAGI Medicaid осуществляется ежегодно.

Лица, которые признаны нетрудоспособными, включая тех, кто получает социальное пособие по нетрудоспособности, но еще не получает Medicare, а также тех, кто достиг возраста 65 лет и является родителем или родственником-опекуном (даже при получении Medicare), могут иметь право на Medicaid при этих уровнях MAGI.

Что произойдет с моим покрытием MAGI Medicaid, приобретенным через биржу, когда я получу право на Medicare в связи с 65-летним возрастом или инвалидностью?

Лица, имеющие покрытие MAGI Medicaid через биржу не могут сохранить его при достижении 65-летнего возраста или получении Medicare по причине инвалидности, то в этих двух случаях процесс перехода отличается. **Исключение: Родителям или родственникам-опекунам несовершеннолетних детей разрешается сохранить покрытие MAGI Medicaid через биржу NY State of Health и одновременно быть участником Medicare.** Все лица, которые переходят с покрытия Medicaid, приобретенного через биржу, на Medicare, автоматически получают Extra Help на Part D (см. с. 33).

Получение право на Medicare в 65 лет: Для тех, кто приближается к 65-летнему возрасту, их файл Medicaid будет передат Управлению человеческих ресурсов (HRA) г. Нью-Йорк. HRA отправит им по почте формы, которые нужно будет заполнить и отослать назад. Эти формы позволяют HRA оценить, могут ли эти лица остаться на Medicaid с более низким уровнем, не по программе MAGI. Лица должны отвечать на любую корреспонденцию от HRA, если они хотят, чтобы была проведена проверка их права и дальше получать Medicaid. На время проведения проверки HRA даст им приблизительно четыре месяца покрытия Medicaid. В течение этого времени они могут пользоваться льготной картой штата Нью-Йорк и получать доступ к Medicaid от любого поставщика, принимающего Medicaid, на условиях оплаты за оказанные услуги.

⁴ Примечание: Этот процесс приостановлен на время чрезвычайной санитарной ситуации (Public Health Emergency, PHE). Лица, получающие право на Medicare, в течение этого периода, сохраняют за собой покрытие MAGI Medicaid.

Those collecting Social Security benefits will be automatically enrolled in Medicare at age 65. Those not collecting Social Security benefits at 65, should apply for Medicare during their 7-month Initial Enrollment Period (see page 6), since applying for Medicare is a requirement for having Medicaid if over 65.

Individuals who fail to qualify for ongoing Medicaid may want to consider joining a Medicare Advantage plan or purchasing a Medigap policy if they choose to get their benefits through Original Medicare. They will have full Extra Help (see page 33) for the remainder of the calendar year, and NY State of Health will refund the Part B premiums while they continue to have Medicaid coverage.

Individuals who are approved for ongoing Medicaid have a choice of how to receive their Medicare and Medicaid benefits.

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. They will maintain their Marketplace Medicaid coverage through the end of their 12-month Medicaid authorization period; but instead of their Medicaid HMO plan card, they will use their Medicare and Medicaid cards to access health services. Medicare is their primary health insurer, and Medicaid is their secondary insurance. As their 12-month authorization period approaches its end, their Medicaid case is transferred from NY State of Health to HRA. HRA will mail them forms to evaluate them for ongoing Medicaid eligibility. They should enroll in a Part D plan that best covers their medications; if they do not select a plan, they will be automatically enrolled in a plan.

THE ESSENTIAL PLAN

The Essential Plan is for people under age 65 with monthly incomes between 138% and 200% of FPL, estimated at up to \$2,265 for individuals and \$3,052 for a household of two in 2022. Those in the Essential Plan can select to enroll in a Basic Health Program and will pay either \$0 or \$20 in monthly premiums.

Enrollment in the Essential Plan takes place year-round.

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 6) and may want to consider supplemental insurance coverage.

QUALIFIED HEALTH PLANS

Qualified Health Plans are available for anyone to purchase; those with annual incomes less than 400% of the Federal Poverty Level (estimated at \$51,520 for individuals and \$106,000 for a family of four in 2021), may be eligible for a federal subsidy in the form of a tax credit to help pay for the cost of a plan.

When can I enroll in a Qualified Health Plan?

Open enrollment for the Marketplace takes place annually, usually from November 1 through January 31. After January 31, you will need to wait for the next annual open enrollment period

Те, кто получает льготы социального обеспечения, автоматически станут участниками Medicare при достижении 65-летнего возраста. Те, кто не получает льготы социального обеспечения в в 65-летнем возрасте, должны подать заявку на Medicare в течение 7-месячного первоначального периода регистрации (см. с. 6), так как подача заявки на Medicare обязательна для тех, кто достиг 65-летнего возраста и не имеет Medicaid.

Лицам, теряющие право на дальнейшее покрытие Medicaid, стоит рассмотреть регистрацию на план Medicare Advantage или приобретение полиса Medigap, если они хотят получать свои льготы через оригинальный план Medicare. Они получают Extra Help в полном объеме (см. с. 33) на оставшуюся часть календарного года, а NY State of Health будет компенсировать им страховые взносы за Part B в течение периода, когда они продолжают получать покрытие Medicaid.

Лица, право которых на дальнейшее получение Medicaid было одобрено, могут выбрать способ получения своих льгот по Medicare и Medicaid.

Право на получение Medicare в связи с инвалидностью: После получения социального пособия по нетрудоспособности (SSDI) в течение 24 месяцев вы получаете право на Medicare и вам будет автоматически отправлена карта Medicare. Вы сохраните за собой покрытие Medicaid через биржу до конца вашего 12-месячного периода получения разрешения на Medicaid; но вместо карты плана Medicaid HMO вы будете пользоваться вашими картами Medicare и Medicaid для получения медицинских услуг. В этом случае Medicare является основной страховкой, а Medicaid — дополнительной. Когда ваш 12-месячный период получения разрешения будет приближаться к концу, ваш файл Medicaid будет передан биржей из NY State of Health в HRA. HRA отправит вам формы для оценки дальнейшего права на получение Medicaid. Вам следует зарегистрироваться на план Part D, который лучше всего покрывает ваши медикаменты; если вы не выберете план сами, вы станете участником какого-либо плана автоматически.

ПЛАН ESSENTIAL

План Essential для людей младше 65 лет с ежемесячным доходом от 138% до 200% федерального уровня бедности, что в 2022 г. оценивается как 2 265 \$ для одного человека и 3 052 \$ для семьи из двух человек. Участники плана Essential могут по желанию зарегистрироваться на программу Basic Health и платить или 0 \$, или 20 \$ в ежемесячных страховых платежах.

Регистрация на план Essential происходит в течение всего года.

Участники плана Essential, получившие право на Medicare, теряют право на план Essential. Они получают уведомление от NY State of Health об окончании их участия. Эти лица должны зарегистрироваться на Medicare A, B и D в течение 7-месячного первоначального периода регистрации (см. с. 6) и им стоит рассмотреть дополнительное страховое покрытие.

ПЛАНЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ QUALIFIED (QUALIFIED HEALTH PLANS)

Планы медицинского страхования Qualified доступны для приобретения всеми; люди, чей ежегодный доход составляет меньше 400% федерального уровня бедности (оцененного в 2021 г. как 51 520 \$ для одного человека и 106 000 \$ для семьи из четырех человек), могут иметь право на федеральную субсидию в форме налогового кредита, который поможет оплатить стоимость плана.

Когда можно зарегистрироваться на план медицинского страхования Qualified?

Открытая регистрация на бирже проходит ежегодно с 1 ноября до 31 января. Для регистрации после 31 января вам нужно будет дождаться следующего ежегодного открытого периода регистрации.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

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. This is because:

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

Beneficiaries are responsible for enrolling in Medicare A, B and D during their Initial Enrollment Period (see page 6 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.

Есть определенные исключения, позволяющие вам зарегистрироваться посреди года, включая потерю текущего медицинского страхового покрытия.

Есть несколько способов узнать больше о платах биржи.

Свяжитесь с так называемым навигатором. Навигаторы — это организации в вашем районе, которые могут помочь вам выбрать и зарегистрироваться на план. Чтобы найти ближайшего навигатора, перейдите на веб-сайт <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> или позвоните в организацию Community Health Advocates по телефону 1-888-614-5400.

Свяжитесь с биржей New York State of Health, которой управляет компания Maximus, по телефону 1-855-355-5777, с понедельника по пятницу с 8 утра до 5 вечера.

Посетите веб-сайт nystateofhealth.ny.gov.

Людам с QHP (план с биржи), получившим право на Medicare, обычно рекомендуется стать участником Medicare, когда они впервые получили на это право, и отказаться от QHP, отправив уведомление своему плану. Это потому что:

- Вы не можете продолжать получать субсидии на страховые взносы или снижение совместных расходов (в качестве помощи в оплате страховых взносов за QHP) после получения права на Medicare.
- Участие в плане QHP не продлевает период регистрации на Medicare. Поздняя регистрация может повлечь за собой перерыв в покрытии и штраф за позднюю регистрацию.

Бенефициары обязаны зарегистрироваться на Medicare A, B и D в течение первоначального периода регистрации (дальнейшая информация приведена на с. 6.) и отказаться от покрытия QHP.

Следующим категориям людей следует тщательно обдумать получение покрытия QHP или Medicaid:

- Тем, кто не имеет право на Part A без оплаты страховых взносов. Они могут получить субсидию на страховые взносы или снижение совместных расходов для покрытия QHP, но только если они не станут участниками Part A или Part B. Если они зарегистрируются на Medicare позже, то это приведет к задержке и штрафу за позднюю регистрацию и за Medicare Part A, и за Part B.
- Люди младше 65 лет с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

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.

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

Effective 2015, VA eliminated the use of net worth as a determining factor for both health care programs and copayment responsibilities. VA now only considers a Veteran's gross household income and deductible expenses from the previous year. Certain lower-income, non-service-connected veterans will have less out-of-pocket costs. To learn more, visit www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

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

The VA cannot bill Medicare, so veterans with Medicare only who are responsible for the co-pay for medical care will be billed the appropriate charge for services. However, if they have a supplemental policy, the VA will bill the supplemental insurer first.

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

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

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

How does VA drug coverage interact with Medicare Part D?

VA coverage for prescription drugs is considered creditable, meaning it is as good as, or better than, Medicare Part D. It is possible to have both a Part D plan and VA drug coverage. Those choosing to forego Part D who later wish to enroll in Part D, will not be subject to a penalty for late enrollment. However, they will need to wait until the annual open enrollment period (October 15 – December 7) to enroll in a plan, with coverage starting on January 1, unless they qualify for a special enrollment period.

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 retirees are disabled, and National Guards/Reservist members. Military retirees (and their spouses) who have served at least 20 years, 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 health care plan that acts as a supplement

ЛЬГОТЫ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ И ПРОГРАММА TRICARE FOR LIFE

Для получения медицинского ухода в учреждениях, управляемых Департаментом по делам ветеранов (Department of Veterans Affairs, VA), ветераны должны быть зарегистрированы в VA. Ветераны могут подать заявку на получение покрытия в любое время.

Зарегистрированным ветераном не нужно будет предоставлять информацию о доходе. При этом, некоторых ветеранов попросят пройти финансовое оценивание для определения того, имеют ли они право на бесплатное медицинское обслуживание, медикаменты и/или льготные поездки.

Начиная с 2015 г., VA прекратила использование чистой стоимости активов в качестве определяющего фактора для обеих программ медицинского обслуживания и обязательств по совместным платежам. Теперь VA рассматривает только общий доход семьи ветерана и подлежащие вычету расходы за предыдущий год. Для определенных ветеранов с более низким доходом и имеющие инвалидность, не связанную с военной службой, будут установлены более низкие расходы из собственных средств. Для дальнейшей информации посетите веб-сайт

www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Ветераны, не имеющие право на бесплатное обслуживание, обязаны платить совместные платежи.

VA не может выставлять счета программе Medicare, поэтому с ветеранов, имеющих только Medicare, которые обязаны платить совместные платежи за медицинское обслуживание, будет сниматься соответствующая оплата за услуги. При этом, если у них есть дополнительный полис, VA сначала будет выставлять счет дополнительному страховщику. В некоторых случаях VA может предварительно разрешить услуги в больнице, не находящейся в управлении VA, или в другом учреждении здравоохранения. Возможно, ветераном нужно будет платить совместные платежи VA за услуги по нарушениям здоровья, не связанным со службой. В противном случае VA разрешается покрывать все услуги, а Medicare может оплачивать другие услуги, в которых пациенты-ветераны могут нуждаться во время их пребывания в учреждении.

Как льготы VA взаимодействуют с Medicare Part A и Part B?

Medicare Part A и Part B работают независимо от системы медицинского обслуживания VA. Поэтому тем, кто имеет право на Medicare, возможно, следует стать участником этой программы, чтобы пользоваться больницами и поставщиками услуг вне системы медицинского обслуживания VA. Если они не стали участниками Medicare, когда впервые получили на это право, и если они не имеют права на специальный период регистрации, то на них может быть наложен штраф за позднюю регистрацию на Part B.

Как покрытие медикаментов VA взаимодействует с Medicare Part D?

Покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, по программе VA считается надежным, то есть, оно не хуже или даже лучше покрытия Medicare Part D. Возможно иметь оба покрытия: и план Part D, и покрытие медикаментов VA. На тех, кто сначала не зарегистрировался на Part D, а потом захотел стать участником Part D, не накладывается штраф за позднюю регистрацию. Однако, они смогут зарегистрироваться на план только в течение ежегодного открытого периода регистрации (с 15 октября до 7 декабря), а покрытие начнется с 1 января, за исключением случаев, когда они имеют право на специальный период регистрации.

Медицинские льготы TRICARE обеспечивают покрытие участникам, проходящим действительную военную службу, и их семьям, семьям участников, погибших во время действительной военной службы, бывшим супругам, а также участникам в отставке и их семьям, независимо от того, имеет ли лицо в отставке инвалидность и является ли он членом Национальной гвардии или резервистом. Военные в отставке (и их супруги), которые служили по крайней мере 20 лет, которым сейчас 65 и больше лет и которые в настоящее время являются участниками Medicare Part A и Part B, имеют право на покрытие TRICARE for Life (TFL). TFL — это план медицинского обслуживания без страховых взносов, который является дополнением к Medicare и включает надежное покрытие медикаментов.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

to Medicare and includes creditable drug coverage. For more information on TRICARE for Life call 1-866-773-0404 or visit www.tricare.mil.

Civilian Health and Medical Program (CHAMPVA) is a health insurance program for dependents of veterans with a permanent and total service-connected disability. Most Medicare and TRICARE providers will also accept CHAMPVA (but be sure to ask the provider). Those eligible for TRICARE cannot be enrolled in CHAMPVA. For more information on CHAMPVA, call the VA at 1-800-733-8387 or visit www.va.gov

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

OTHER HEALTH COVERAGE OPTIONS FOR NEW YORKERS

COBRA

Federal law requires employers with 20 or more employees to offer employees who leave their job COBRA as a “continuation” of employer-based health care coverage. 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 lose your coverage through an actively working spouse as a result of death or divorce. Your spouse and dependents are also entitled to benefit from your COBRA coverage.

If you are on COBRA before you become Medicare eligible, COBRA generally stops when Medicare starts. If you are already eligible for Medicare and still working, you may elect COBRA when you stop working. If you have both Medicare and COBRA, Medicare is primary, and COBRA is secondary. COBRA coverage does not allow someone to delay enrollment in Part B without penalty, even if the cost of COBRA is being subsidized by a former employer.

HHC Options

HHC Options is a NYC Health + Hospitals (HHC) program that enables 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 pay when you access care. HHC does not look at immigration status when determining eligibility. For more information, visit <https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/> or call 1-844-692-4692.

Federally Qualified Health Centers

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

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Дальнейшую информацию по TRICARE for Life вы можете получить по телефону 1-866-773-0404 или на веб-сайте www.tricare.mil.

Программа здравоохранения и медицинского обслуживания для гражданских лиц (Civilian Health and Medical Program, CHAMPVA) — это программа медицинского страхования для иждивенцев ветеранов, имеющих постоянную и полную инвалидность, связанную с военной службой. Большинство поставщиков Medicare и TRICARE также принимают CHAMPVA (но обязательно спросите об этом поставщика). Те, кто имеет право на TRICARE, не могут стать участниками CHAMPVA. Дальнейшую информацию по CHAMPVA вы можете получить, позвонив VA по телефону 1-800-733-8387 или посетив веб-сайт www.va.gov

Дальнейшую информацию о льготах VA вы можете узнать по телефону 1-877-222-8387 (с 7 утра до 7 вечера по центральноамериканскому времени) или на веб-сайте www.va.gov.

ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ НЬЮ-ЙОРКА

COBRA

Федеральный закон требует от работодателей, имеющих 20 или больше наемных работников, предоставлять работникам, уходящим с работы, покрытие COBRA в качестве продолжения медицинского покрытия от работодателя. В штате Нью-Йорк большинство людей могут получить покрытие COBRA на срок до 36 месяцев. COBRA позволяет закрыть промежуток в покрытии, до тех пор, пока вы не получите Medicare или найдете новую работу, предоставляющую медицинское страхование. Вы можете получить покрытие в случае выхода на пенсию, ухода с работы, если вас сокращают на работе, если сокращают ваши рабочие часы или если вы теряете покрытие через работающего(ую) супруга(у) в результате смерти или развода. Ваш(а) супруг(а) и иждивенцы также имеют право на льготы через ваше покрытие COBRA.

Если вы имеете покрытие COBRA до того, как вы получаете право на Medicare, обычно покрытие COBRA заканчивается при начале покрытия Medicare. Если вы уже имеете право на Medicare и вы продолжаете работать, то вы можете по желанию получить покрытие COBRA, когда вы перестанете работать. Если у вас есть и Medicare, и COBRA, то Medicare является основной страховкой, а COBRA — второстепенной. Покрытие COBRA не позволяет кому-либо отложить регистрацию на Part B без наложения штрафа, даже если стоимость COBRA субсидируется предыдущим работодателем.

ННС Options

ННС Options — это программа системы здравоохранения и больниц г. Нью-Йорк (NYC Health + Hospitals, ННС), позволяющая людям с низким и умеренным доходам и их семьям получить доступ к здравоохранению через сеть больниц и учреждений здравоохранения ННС на основе скользящей шкалы оплаты. Участие в программе ННС Options является бесплатным; вы платите при получении услуг. При определении того, кто имеет право на программу, ННС не смотрит на иммиграционный статус.

Дальнейшую информацию вы можете узнать на сайте

<https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/>

или по телефону 1-844-692-4692.

Федеральные центры здравоохранения

Федеральные центры здравоохранения (Federally Qualified Health Centers, FQHC) — это комплексные центры здравоохранения, способные предоставлять первичную медицинскую помощь, лечение психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, стоматологические услуги и медикаменты, отпускаемые по рецепту, людям любого возраста. Хотя FQHC принимают медицинскую страховку, они также принимают пациентов без страховки на основе скользящей шкалы оплаты, взимая с пациентов оплату в соответствии с их доходом. Для бенефициаров Medicare, соответствующих определенным требованиям, FQHC могут отменить ежегодную вычитаемую франшизу за Part B и 20% долю совместных страховых выплат. Найти центр FQHC можно на веб-сайте <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

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 potential resources.

Small Business Service Bureau	Small business employee	800-472-7199 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild	Graphic Artists	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
National Writers Union	Writers	315-545-5034 www.nwu.org
Screen Actors Guild	Performers	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer's Union	Independent Workers	www.freelancersunion.org

MEDICARE 2022

Part A: Hospital Insurance

Deductible	\$1,556 per benefit period
Co-Payment	\$389 per day for days 61-90 of each benefit period
	\$778 per day for each "lifetime reserve day"
Skilled Nursing Facility Co-Pay	\$194.50 per day for days 21-100 of each benefit period

Part B: Medical Insurance

Monthly Premium	Most Medicare beneficiaries pay the standard premium of \$170.10, except for: <ul style="list-style-type: none"> • Those whose Social Security Cost of Living Adjustment (COLA) didn't increase enough to raise their Part B premiums to the \$170.10 level. • Higher-income (over \$91,000 single/182,000 married) beneficiaries, who pay higher amounts.
Annual Deductible	\$233
Coinsurance	20% for most services

Some people 65 or older do not meet the SSA requirements for **premium-free Hospital**
Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Медицинская страховка и предпринимательская деятельность

Некоторые профессии предлагают страховку по групповым тарифам. Спросите об этом у вашего прошлого работодателя и/или каких-либо профессиональных ассоциаций, к которым вы принадлежите. Вот несколько потенциальных ресурсов.

Бюро консультационных услуг для малого бизнеса	Наемные работники малого бизнеса	800-472-7199 www.sbsb.com
Ассоциация художников-оформителей	Художники-оформители	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
Национальный союз писателей	Писатели	315-545-5034 www.nwu.org
Ассоциация киноактеров	Артисты	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Союз фрилансеров	Независимые работники	www.freelancersunion.org

Medicare 2022

Part A: Страхование пребывания в больнице

Вычитаемая франшиза	1 556 \$ за период предоставления льгот
Совместный платеж	389 \$ в день за дни 61-90 каждого периода предоставления льгот
	\$778 в день за каждый «день пожизненного резерва»
Совместный платеж за учреждения квалифицированного сестринского ухода	194,50 \$ в день за дни 21-100 каждого периода предоставления льгот

Part B: Страхование медицинских услуг

Ежемесячный страховой взнос	Большинство бенефициаров Medicare платят стандартный страховой взнос в размере 170,10 \$, за исключением: <ul style="list-style-type: none"> • Тех, для кого поправка на рост прожиточного минимума (COLA) по социальному обеспечению не увеличилась в достаточной степени, чтобы повысить их страховые взносы до уровня 170,10 \$. • Бенефициары с более высоким доходом (свыше 91 000 \$ для одинокого человека и свыше 182 000 для замужней пары) платят более высокие страховые взносы.
Ежегодная вычитаемая франшиза	233 \$
Доля в совместной страховой выплате	20% за большинство услуг

Некоторые люди, возрастом 65 и старше, не соответствуют требованиям SSA для получения больничного страхования (Part A) без страховых взносов.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой HICAP

Insurance (Part A). If you are in this category, you can get Part A by paying a monthly premium. In 2022, if you have fewer than 30 quarters of Social Security coverage, your monthly Part A premium is \$499. If you have 30 to 39 quarters of Social Security coverage, your monthly Part A premium is \$274.

Medicare Savings Program 2022

	Monthly Income	
	Individual	Couple
QMB - Qualified Medicare Beneficiary NY State pays premiums, deductibles, and co- insurance for those who are automatically eligible for Part A.	\$1,153	\$1,546
SLMB - Specified Low-Income Medicare Beneficiary Levels State pays Medicare Part B premium only.	\$1,379	\$1,851
QI - Qualifying Individuals State pays Medicare Part B premium only.	\$1,549	\$2,080

Note: Amounts listed above include a standard \$20 income disregard.

MEDICAID 2022

<u>Standard Medicaid</u>		
Maximum Income and Asset Levels* for those who are blind, disabled or age 65 and over:		
*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.		
	Monthly Income	Assets
Individual	\$934	\$16,800
Couple	\$1,367	\$24,600

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 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 toward the residential spousal care.

The community spouse is allowed to retain the following	
Resources	\$74,820 minimum; \$137,400 maximum
Income:	\$3,435 monthly
For more information on Medicaid, call HRA’s Medicaid Helpline at 1-888-692-6116	

Если вы относитесь к этой категории, вы можете получить Part A, посредством оплаты ежемесячного страхового взноса. Если у вас нет 30 кварталов покрытия социального обеспечения, то ваш ежемесячный страховой взнос за Part A в 2022 г. составит 499 \$. Если у вас от 30 до 39 кварталов покрытия социального обеспечения, то ваш ежемесячный страховой взнос за Part A составит 274 \$.

Сберегательная программа Medicare 2022

	Ежемесячный доход	
	Один человек	Пара
QMB — Соответствующий критериям бенефициар Medicare Штат Нью-Йорк платит страховые взносы, вычитаемые франшизы и совместные страховые платежи для тех, кто автоматически имеет право на Part A.	1 153 \$	1 546 \$
SLMB — Уровни Специальной программы для бенефициаров Medicare с низким доходом Штат платит только страховой взнос за Part B.	1 379 \$	1 851 \$
QI — Соответствующее критериям лицо Штат платит только страховой взнос за Part B.	1 549 \$	2 080 \$

Примечание: Для приведенных выше сумм не учитываются стандартные дополнительные 20 \$ в месяц.

MEDICAID 2022

Стандартный план Medicaid

Максимальные уровни дохода и активов для незрячих, людей с инвалидностью и тех, кому 65 лет и старше:

***Первые 20 \$ дохода не учитываются. Из приведенных выше цифр уже исключены эти 20 \$. Вам разрешено иметь фонд на погребение в размере 1 500 \$ на человека.**

	Ежемесячный доход	Активы
Физическое лицо	934 \$	16 800 \$
Пара	1 367 \$	24 600 \$

Medicaid для жителей учреждения сестринского ухода

ДОХОД: Когда житель учреждения сестринского ухода получает право на поддержку Medicaid, весь его доход отходит учреждению сестринского ухода, за исключением ежемесячного пособия в размере 50 \$ на личные нужды пациента.

АКТИВЫ: Все персональные активы должны быть сначала потрачены для соответствия стоимости (за исключением основного места жительства, автомобиля и личных вещей).

СУПРУЖЕСКИЕ ПАРЫ: Когда один из супругов получает право на поддержку Medicaid в учреждении сестринского ухода, тот из супругов, кто живет в обществе (тот, кто остается дома) имеет право сохранять за собой часть дохода и ресурсов, принадлежащих паре, в то время как Medicaid оплачивает уход того из супругов, который находится в учреждении.

Тому из супругов, который живет в обществе, разрешается сохранить за собой следующее	
Ресурсы	Минимум 74 820 \$; Максимум 137 400 \$
Доход:	3 435 \$ ежемесячно
Для получения дальнейшей информации по Medicaid позвоните на горячую линию по Medicaid HRA по телефону 1-888-692-6116	

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

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.

NOTE: Although most Medicaid offices have re-opened following the COVID-19 Public Health Emergency, people are encouraged to only visit an office if they cannot be assisted via phone.

Bronx	Fordham: 2541-2549 Bainbridge Ave. (929) 252-3230 Rider: 305 Rider Avenue, 4th Floor. (718) 585-7872
Brooklyn	Coney Island: 3050 West 21st Street, 3rd Floor. (929) 221-3790 East New York: 404 Pine Street, 2nd floor. 929-221-8204 Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, "T" Building, Nurses Residence, 1st Floor. (718) 221-2300 ext. 2301 (closed until further notice) Brooklyn South (Central Medicaid Office): 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (929) 221-3502
Manhattan	Chinatown: 115 Chrystie Street, 5 floor. (212) 334-6114 Dyckman Community: 4055 10th Avenue Lower Level (212) 939-0207 ext. 0208
Queens	Queens Community: 32-20 Northern Blvd., 3rd Floor. (718) 784-6729 Jamaica: 165-08 88th Avenue, 8th Floor. 929-252-3193
Staten Island	Staten Island: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Офисы Medicaid в г. Нью-Йорк

Кандидаты Medicaid могут позвонить на горячую линию Medicaid по телефону **1-888-692-6116**, чтобы узнать, где находится ближайший офис Medicaid, его часы работы и чтобы получить указания. Жители г. Нью-Йорк могут подавать заявку в любом офисе в пяти районах (боро).

ПРИМЕЧАНИЕ: Хотя большинство офисов уже открылось после чрезвычайной санитарной ситуации в связи с COVID-19, рекомендуется посещать офис только в том случае, если вам не могут помочь по телефону.

Бронкс	Fordham: 2541-2549 Bainbridge Ave. (929) 252-3230 Rider: 305 Rider Avenue, 4th Floor. (718) 585-7872
Бруклин	Coney Island: 3050 West 21st Street, 3rd Floor. (929) 221-3790 East New York: 404 Pine Street, 2nd floor. 929-221-8204 Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, "T" Building, Nurses Residence, 1st Floor. (718) 221-2300 добав. 2301 (закрыто до последующего извещения) Brooklyn South (центральный офис Medicaid) 785 Atlantic Avenue, 1st Floor. (929) 221-3502
Манхэттен	Chinatown: 115 Chrystie Street, 5 floor. (212) 334-6114 Dyckman Community: 4055 10th Avenue Lower Level (212) 939-0207 добав. 0208
Квинс	Queens Community: 32-20 Northern Blvd., 3rd Floor. (718) 784-6729 Jamaica: 165-08 88th Avenue, 8th Floor. 929-252-3193
Статен-Айленд	Статен-Айленд: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

Medicare Part B and Part D Income-Related Monthly Adjustment Amount (IRMAA) for Higher Income Medicare Beneficiaries in 2022

2020 Modified Adjusted Gross Income (MAGI)	Part B Monthly Premium	Part D (Prescription Drug) Monthly Premium
Individuals with a MAGI of \$91,000 or less/ Married couples with a MAGI of \$182,000 or less	2022 Standard Premium = \$170.10	Your Plan Premium
Individuals with a MAGI \$91,000–\$114,000/ Married couples with a MAGI \$182,000–\$228,000	\$238.10	Your Plan Premium + \$12.40
Individuals with a MAGI \$114,000–\$142,000/ Married couples with a MAGI \$228,000–\$284,000	\$340.20	Your Plan Premium + \$32.10
Individuals with a MAGI \$142,000–\$170,000/ Married couples with a MAGI \$284,000–\$340,000	\$442.30	Your Plan Premium + \$51.70
Individuals with a MAGI \$170,000–\$500,000/ Married couples with a MAGI \$340,000–\$750,000	\$544.30	Your Plan Premium + \$71.30
Individuals with a MAGI greater than \$500,000/ Married couples with a MAGI greater than \$750,000	\$578.30	Your Plan Premium + \$77.90
Married filing separately with a MAGI less than \$91,000	\$170.10	Your plan premium
Married filing separately with a MAGI \$91,000–\$409,000	\$544.30	Your Plan Premium + \$71.30
Married filing separately with a MAGI \$409,000 and greater	\$578.30	Your Plan Premium \$77.90

- Modified Adjusted Gross Income is equal to adjusted gross income + tax exempt interest income
- The Part B Premium and IRMAA for Part B and Part D are deducted from your Social Security benefit (or billed if you are not collecting Social Security benefits).
- The Part D surcharge is deducted from your Social Security check (or billed, if you are not collecting Social Security benefits), even if you pay your Part D premium directly to the plan.

Сумма ежемесячной корректировке на основе дохода (IRMAA) за Medicare Part B и Part D для бенефициаров Medicare с более высокими доходами в 2022 г.

Валовый доход с поправками и изменениями (MAGI) 2020	Ежемесячный страховой взнос за Part B	емесячный страховой взнос за Part D
Один человек с MAGI 91 000 \$ или ниже / Супружеская пара с MAGI 182 000 \$ или ниже	2022 Стандартный страховой взнос = 170,10 \$	Страховой взнос по вашему плану
Один человек с MAGI 91 000 \$–114 000 \$ / Супружеская пара с MAGI 182 000 \$–228 000 \$	238,10 \$	Страховой взнос по вашему плану + 12,40 \$
Один человек с MAGI 114 000 \$– 142 000 \$ / Супружеская пара с MAGI 228 000 \$– 284 000 \$	340,20 \$	Страховой взнос по вашему плану + 32,10 \$
Один человек с MAGI 142 000 \$– 170 000 \$ / Супружеская пара с MAGI 284 000 \$– 340 000 \$	442,30 \$	Страховой взнос по вашему плану + 51,70 \$
Один человек с MAGI 170 000 \$– 500 000 \$ / Супружеская пара с MAGI 340 000 \$– 750 000 \$	544,30 \$	Страховой взнос по вашему плану + 71,30 \$
Один человек с MAGI выше 500 000 \$ / Супружеская пара с MAGI выше 750 000 \$	578,30 \$	Страховой взнос по вашему плану + 77,90 \$
Человек в браке, подающий декларацию отдельно, с MAGI до 91 000 \$	170,10 \$	Страховой взнос по вашему плану
Человек в браке, подающий декларацию отдельно, с MAGI от 91 000 \$ до 409 000 \$	544,30 \$	Страховой взнос по вашему плану + 71,30 \$
Человек в браке, подающий декларацию отдельно, с MAGI выше 409 000 \$	578,30 \$	Страховой взнос по вашему плану 77,90 \$

- Валовый доход с поправками и изменениями равен сумме валового дохода с поправками и процентного дохода, который не подлежит налогообложению
- Страховой взнос за Part B и IRMAA за Part B и Part D вычитаются из ваших льгот социального обеспечения (либо выставляется счет, если вы не получаете льготы социального обеспечения).
- Надбавка за Part D вычитается из вашего чека социального страхования (либо выставляется счет, если вы не получаете льготы социального страхования), даже если вы платите страховые взносы за Part D непосредственно плану.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

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

Определения терминов, связанных с медицинским страхованием

Патентованный медикамент (Brand-Name Drug)	Медикамент, имеющий коммерческое название и защищенный патентом. Он может производиться и продаваться только компанией, владеющей патентом.
Доля в совместной страховой выплате (Coinsurance)	Сумма, которую вы должны заплатить за медицинское обслуживание. Представляет собой процент от общей стоимости обслуживания.
Совместный платеж (Copayment)	Фиксированная сумма в долларах, которую вы платите за медицинскую услугу.
Надежное покрытие (Creditable Coverage)	Покрытие медикаментов, отпускаемых по рецепту, которое не хуже или лучше базового плана по медикаментам Medicare Part D.
Вычитаемая франшиза (Deductible)	Сумма, которую вы должны заплатить ежегодно до того, как страховой полис начнет платить.
Имеющий право на обе программы (Dual Eligible)	Тот, кто имеет право и на Medicare, и на Medicaid.
Федеральный уровень бедности (FPL)	Показатель дохода, выпускаемый каждый год федеральным правительством. Эти суммы используются для оценки права на определенные программы и льготы.
Формулярный список (Formulary)	Список медикаментов, покрываемых планом рецептурных медикаментов.
Непатентованный медикамент (Generic Drug)	Медикамент, имеющий такое же активное вещество, что и патентованный медикамент. Непатентованные медикаменты обычно стоят меньше, чем патентованные.
Сумма ежемесячной корректировки на основе дохода (Income-Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA)	Более высокие страховые взносы за Medicare Part B и Part D, обязательные для людей с более высокими доходами.
Уже существующее нарушение здоровья (Pre-existing Condition)	Нарушение здоровья, существующее до даты вступления в силу страхового покрытия.
Страховой взнос (Premium)	Сумма, которую вы платите за то, чтоб иметь страховой полис. Вы платите страховые взносы независимо от того, пользуетесь ли вы какими-либо медицинскими услугами.
Предварительное утверждение (Prior Authorization)	Одобрение, которое должно быть получено заранее для того, чтобы страховая компания покрыла медикамент или услугу.
Ограничения количества (Quantity Limits)	Ограничения количества рецептурных медикаментов, покрываемых планом Part D в течение определенного периода времени в целях безопасности и экономии расходов.
Поэтапное лечение (Step Therapy)	Ограничение, устанавливаемое планом медикаментов Part D, требующее от вас сначала попробовать одно лекарство для конкретного нарушения здоровья до того, как план покроет другое лекарство для этого нарушения здоровья.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

Resources for Assistance in Paying for Prescription Medications (Each program has its own eligibility requirements. Call or check the website for additional qualifying information and how to apply.)

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

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

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

CancerCare Co-Payment Assistance Foundation Helps individuals with cancer with copayments for their prescribed treatments. Visit www.cancercarecopay.org, or call 1-866-552-6729.

Good Days Helps people with certain chronic diseases with their insurance copays. For more information, and a list of qualifying diseases and medications, visit www.mygooddays.org, or call 1-877-968-7233.

GoodRx Allows you to compare the cost of drugs at different pharmacies. You can search for discounts and print coupons. Visit GoodRx.com for more information.

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

Leukemia and Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program Helps with premiums and copays for both private insurance and Medicare plans. Visit <https://www.lls.org/support/information-specialists>, or 1-800-955-4572.

Medicine Assistance Tool Search engine for many of the patient assistance resources that the biopharmaceutical industry offers. Visit www.medicineassistancetool.org.

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. Visit www.bethematch.org or call 1-888-999-6743.

National Organization for Rare Disorders (NORD) - Helps uninsured or underinsured individuals with certain health conditions to access needed medications. Visit www.rarediseases.org or call 1-800-999-6673.

Ресурсы помощи в оплате рецептурных медикаментов

(У каждой программы есть свои собственные критерии соответствия.

Позвоните по телефону или перейдите на веб-сайт, чтобы получить дополнительную информацию о требованиях и узнать, как подать заявку).

ADAP (AIDS Drug Assistance Program, Программа помощи в медикаментах от СПИДа): предоставляет бесплатные медикаменты для лечения ВИЧ/СПИДа и оппортунистических инфекций. ADAP может помогать людям, имеющим частичную страховку, включая Medicare Part D, и тем, для кого установлены требования выплаты излишка дохода. Позвоните по телефону (800) 542-2437 или перейдите на веб-сайт www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm за дальнейшей информацией.

Проверка льгот (Benefits Check Up): помогает людям найти льготы и услуги, доступные им. www.benefitscheckup.org

Дисконтная карта A на рецептурные медикаменты BigAppleRx (BigAppleRx Prescription Drug Discount Card A): бесплатная дисконтная карта, финансируемая г. Нью-Йорк. Каждый может получить эту карту независимо от возраста, дохода, гражданства и статуса медицинского страхования. Скидки распространяются и на патентованные, и на непатентованные медикаменты. Для получения дальнейшей информации посетите сайт www.BigAppleRx.com или позвоните по телефону 1-888-454-5602.

Фонд помощи с совместными платежами CancerCare (CancerCare Co-Payment Assistance Foundation) помогает людям, болеющим раком, с совместными платежами за выписанные им лечения. Посетите сайт www.cancercarecopay.org, или позвоните по телефону 1-866-552-6729.

Good Days помогает людям, имеющим определенные хронические заболевания, с совместными платежами по страховке. Для получения дальнейшей информации и списка покрываемых заболеваний и медикаментов, посетите сайт www.mygooddays.org, или позвоните по телефону 1-877-968-7233.

GoodRx позволяет вам сравнить стоимость медикаментов в различных аптеках. Вы можете искать скидки и печатать купоны. Посетите GoodRx.com для получения дальнейшей информации.

Фонд HealthWell (HealthWell Foundation) предоставляет финансовую помощь соответствующим требованиям лицам в покрытии совместных страховых выплат, совместных платежей, взносов за медицинское страхование и вычитаемых франшиз для пациентов с определенными заболеваниями. Посетите сайт Healthwellfoundation.org или позвоните по телефону 1-800-675-8416.

Программа помощи с совместными платежами от Общества лейкемии и лимфомы (Leukemia and Lymphoma Society Co-Pay Assistance Program) помогает со страховыми взносами и совместными платежами как за частную страховку, так и за планы Medicare. Посетите сайт <https://www.lls.org/support/information-specialists>, или позвоните по телефону 1-800-955-4572.

Инструмент помощи с медикаментами (Medicine Assistance Tool): поисковик различных ресурсов помощи пациентам, предлагаемых биофармацевтической отраслью. Посетите сайт www.medicineassistancetool.org.

Национальная программа помощи пациентам с костным мозгом и фонд финансовой помощи (National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund) может помогать соответствующим требованиям лицам с расходами на пересадку костного мозга или пуповинной кровью, если страховка не покрывает полную стоимость. Посетите сайт www.bethematch.org или позвоните по телефону 1-888-999-6743.

Национальная организация редких болезней (National Organization for Rare Disorders, NORD) помогает незастрахованным лицам или лицам с недостаточным страховым покрытием, имеющим определенные нарушения здоровья) получить доступ к необходимым медикаментам. Посетите сайт www.rarediseases.org или позвоните по телефону 1-800-999-6673.

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

NeedyMeds.org Provides information on Patient Assistance Programs (PAPs). Visit www.needymeds.org or call 1-800-503-6897.

Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief Helps eligible individuals with certain diagnoses with copayments for prescription medications. Visit www.copays.org, or call or 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (Now Accessia Health) May be able to assist people with certain rare or chronic conditions with paying health insurance premiums and copayments/coinsurance, as well as costs related to travel. Visit www.patientservicesinc.org or call 1-800-366-7741.

RX Hope Enables people to apply for discounted and free medications directly through the website. Visit www.rxhope.com.

Other Internet Resources

Department of Labor Information on COBRA, Black Lung Disease, etc. www.DOL.gov

Health and Human Services Administration www.hhs.gov

HealthFinder.gov Information specific to particular health conditions

National Council on Aging www.ncoa.org

National Health Information Center www.health.gov/nhic

NeedyMeds.org предоставляет информацию о программах помощи пациентам (PAP).
Посетите сайт www.needymeds.org или позвоните по телефону 1-800-503-6897.

Помощь с совместными платежами Фонда защиты прав пациентов (Patient Advocate Foundation Co-Pay Relief) помогает соответствующим требованиям лицам, имеющим определенные диагнозы, с совместными платежами за рецептурные медикаменты. Посетите сайт www.coraays.org, или позвоните по телефону 1-866-512-3861.

Организация Patient Services Incorporated (Новое название Accessia Health) может помочь людям, имеющим определенные редкие или хронические нарушения здоровья, с оплатой страховых взносов и совместных платежей / совместных страховых выплат медицинской страховки, а также с расходами на поездки. Посетите сайт www.patientservicesinc.org или позвоните по телефону 1-800-366-7741.

RX Hope позволяет людям подавать заявку на продаваемые со скидкой или бесплатные медикаменты напрямую через сайт. Посетите сайт www.rxhope.com.

Другие интернет-ресурсы

Информация о программе COBRA, болезни черных легких и т. д. от

Департамента труда www.DOL.gov

Министерство здравоохранения и социального обеспечения

www.hhs.gov **HealthFinder.gov** Информация о конкретных

нарушениях здоровья **Национальный совет по делам пожилых**

людей www.ncoa.org

Национальный центр информации здравоохранения www.health.gov/nhic

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

Resource	Phone
HIICAP Helpline – NYC Department for the Aging’s Aging Connect and ask for SHIP/HIICAP www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Aging Connect – for services offered by the NYC Department for the Aging www.nyc.gov/aging	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Access-A-Ride - http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	1-877-337-2017
Advocacy, Counseling, and Entitlement Services Project (ACES)	1-212-614-5552
Center for the Independence of the Disabled in New York www.cidny.org	1-212-674-2300 or 1-646-442-1520
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Columbia University College of Dental Medicine's Teaching Clinic www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	1-212-305-6100
Community Health Advocates www.communityhealthadvocates.org	1-888-614-5400
Eldercare Locator www.eldercare.acl.gov	1-800-677-1116
Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage (EPIC) www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	1-800-332-3742
Health Information Tool for Empowerment (resource directory of free and low-cost health and social services) - www.HiteSite.org	1-866-370-4483
Health and Hospitals Corporation) https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/	1-844-NYC-4NYC
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 - www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
ICAN - Independent Consumer Advocacy Network – Medicaid managed long-term care ombudsman - https://icannys.org/	1-844-614-8800
Legal Services NYC - www.legalservicesnyc.org	1-844-614-8800
Limited Income Newly Eligible Transition (LINET) Program (Administered by Humana)	1-800-783-1307

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Ресурс	Телефон
Горячая линия НПСАР — организация Aging Connect Департамента по делам пожилых людей г. Нью-Йорк. Попросите соединить вас с программой SHIP/НПСАР www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Организация Aging Connect — для услуг, предлагаемых Департаментом по делам пожилых людей г. Нью-Йорк www.nyc.gov/aging	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Транспортная программа Access-A-Ride — http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm	1-877-337-2017
Проект по защите прав, консультациям и причитающимся выплатам (Advocacy, Counseling, and Entitlement Services Project, ACES)	1-212-614-5552
Центр независимости людей с инвалидностью в г. Нью-Йорк www.cidny.org	1-212-674-2300 или 1-646-442-1520
Центры услуг Medicare и Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) www.cms.gov	1-800-MEDICARE
Стоматологическая клиника при Колледже стоматологии Колумбийского университета www.dental.columbia.edu/teaching-clinics	1-212-305-6100
Организация Community Health Advocates www.communityhealthadvocates.org	1-888-614-5400
Поисковик услуг для пожилых Eldercare Locator www.eldercare.acl.gov	1-800-677-1116
Страховое покрытие медикаментов для пожилых людей (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm	1-800-332-3742
Информация о здоровье для расширения прав и возможностей (каталог ресурсов бесплатных или предлагаемых по низким ценам медицинских и социальных услуг) www.HiteSite.org	1-866-370-4483
Корпорация здравоохранения и больниц https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/	1-844-NYC-4NYC
Информационная линия HRA — для всех программ HRA, включая продуктовые талоны, денежное пособие от государства и Medicaid	1-718-557-1399
Горячая линия HRA по Medicaid	1-888-692-6116
Фонд хосписов Америки — www.hospicefoundation.org	1-800-854-3402
ICAN — Независимая сеть защиты прав потребителей — омбудсмен по управляемому долгосрочному уходу Medicaid https://icannys.org/	1-844-614-8800
Организация юридических услуг в г. Нью-Йорк — www.legalservicesnyc.org	1-844-614-8800
Программа перехода людей с ограниченным доходом, недавно получивших право на Medicare (Limited Income Newly Eligible Transition, LINET), управляемая организацией Humana)	1-800-783-1307

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

Resource	Phone
Livanta - Quality Improvement Organization (for discharge appeals and quality of care complaints)	1-866-815-5440
Medicaid facilitated enrollers for Aged, Blind and Disabled (can also help with Medicare Savings Program applications)	1-347-396-4705
Medicaid Fraud Control Unit (NY Attorney General)	1-800-771-7755
Medicare Fraud Hotline (Office of the Inspector General, DHHS)	1-800-447-8477
Medicare Hotline	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center www.medicarerights.org/ www.medicareinteractive.org	1-800-333-4114
New York Connects (information on long term care services and support)	1-800-342-9871
NYS Department of Health Office of Professional Medical Conduct (physician quality control complaints)	1-800-663-6114
New York Legal Assistance Group's (NYLAG) Evelyn Frank Legal Resources Program - EFLRP@NYLAG.org	1-212-613-7310
New York State of Health (Marketplace) - https://nystateofhealth.ny.gov	1-855-355-5777
NYC Department of Health - www.nyc.gov/health	311
NYS Long Term Care Ombudsman Program https://ltombudsman.ny.gov/	1-855-582-6769
NYS Department of Health- Managed Care Plan complaints	1-800-206-8125
NYS Department of Financial Services - www.dfs.ny.gov	1-800-342-3736
NYS Medicaid Helpline	1-800-541-2831
NYS Office for the Aging Senior Citizen Helpline - www.aging.ny.gov	1-800-342-9871
NYS Office of Victim Services - https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	1-800-247-8035
NYU Dental Clinic - www.nyu.edu/dental	1-212-998-9800
Railroad Retirement Board - www.rrb.gov	1-877-772-5772
SMP (Senior Medicare Patrol) to report Medicare fraud/abuse in NYS	1-800-333-4374
Social Security Administration - www.socialsecurity.gov	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
United States Department of Veterans Affairs - www.va.gov	1-800-827-1000

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

Ресурс	Телефон
Livanta — организация по улучшению качества (для апелляций по выписке из больницы и жалоб на качество ухода)	1-866-815-5440
Представители по упрощенной регистрации для пожилых, незрячих и людей с инвалидностью (также может помочь с заявками на сберегательную программу Medicare)	1-347-396-4705
Отдел по контролю мошенничества Medicaid (главный прокурор штата Нью-Йорк)	1-800-771-7755
Горячая линия по мошенничеству Medicare (офис генерального инспектора, министерство здравоохранения и социального обеспечения DHHS)	1-800-447-8477
Горячая линия Medicare	1-800-MEDICARE
Центр прав Medicare www.medicarerights.org/ www.medicareinteractive.org	1-800-333-4114
New York Connects (информация об услугах долгосрочного ухода и поддержке)	1-800-342-9871
Управление профессиональной этики работников здравоохранения Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (жалобы по контролю качества врачей)	1-800-663-6114
Программа юридических ресурсов Эвели Франк Группы юридической помощи Нью-Йорка (NYLAG)	1-212-613-7310
New York State of Health (биржа) — https://nystateofhealth.ny.gov	1-855-355-5777
Департамент здравоохранения г. Нью-Йорк — www.nyc.gov/health	311
Программа омбудсмена по долгосрочному уходу штата Нью-Йорк https://ltcombudsman.ny.gov/	1-855-582-6769
Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк — жалобы о планах управляемого ухода	1-800-206-8125
Департамент финансовых услуг штата Нью-Йорк- www.dfs.ny.gov	1-800-342-3736
Горячая линия NYS по Medicaid	1-800-541-2831
Горячая линия для пожилых граждан Управления по делам пожилых людей штата Нью-Йорк — www.aging.ny.gov	1-800-342-9871
Управление услуг для жертв преступлений штата Нью-Йорк — https://ovs.ny.gov/help-crime-victims	1-800-247-8035
Стоматологическая клиника Нью-Йоркского университета — www.nyu.edu/dental	1-212-998-9800
Совет по пенсионному обеспечению железнодорожников — www.rrb.gov	1-877-772-5772
SMP (Главная инспекция Medicare) для сообщений о мошенничестве/ злоупотреблении программой Medicare в штате Нью-Йорк	1-800-333-4374
Управление социального обеспечения — www.socialsecurity.gov	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778
Департамент США по делам ветеранов — www.va.gov	1-800-827-1000

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НИСАР

NOTES

Call 212-AGING-NYC (212-244-6469) and ask for HIICAP

ПРИМЕЧАНИЯ

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

ПРИМЕЧАНИЯ

Позвоните 212-AGING-NYC (212-244-6469) и попросите соединить вас с программой НПСАР

Eric Adams

Mayor

City of New York



Lorraine Cortés- Vázquez

Commissioner

NYC Department for the Aging

Эрик Адамс

Мэр

г. Нью-Йорк



**Department for
the Aging**

Лоррейн Кортес-Васкес

Уполномоченное лицо

Департамент по делам пожилых людей г. Нью-Йорк