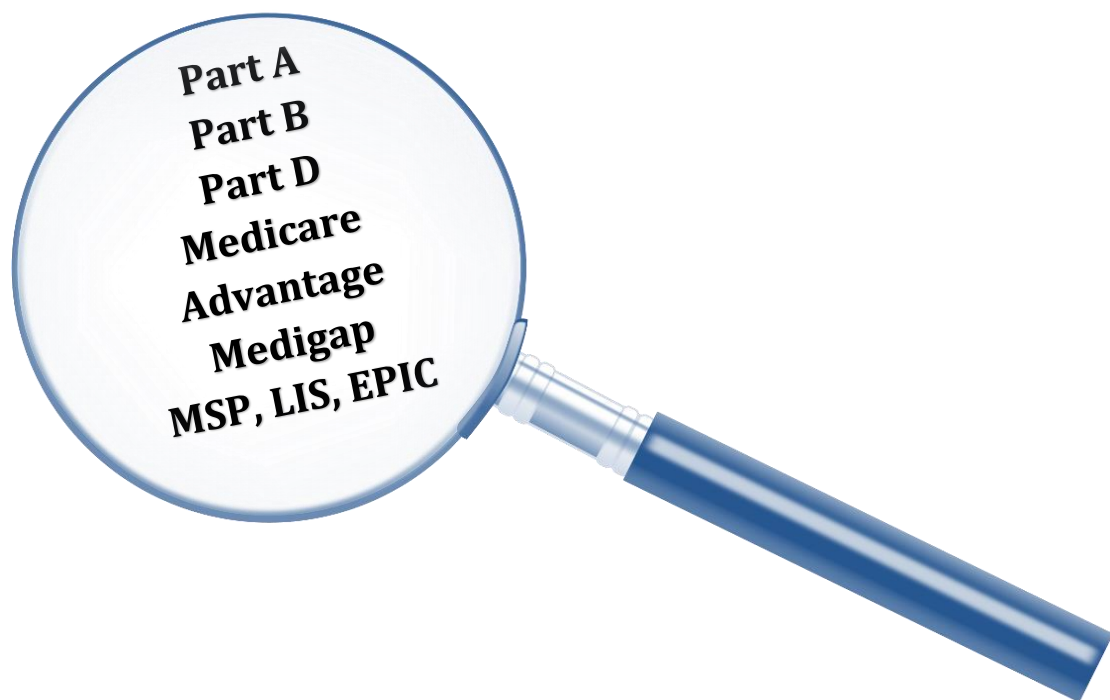


A Closer Look at Medicare and Related Benefits for New Yorkers

2022



Updated March 2022



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



Información detallada sobre Medicare y los beneficios relacionados para residentes de Nueva York 2022



Actualizada en marzo de 2022

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.

Descargo de responsabilidad:

Esta información es brindada por el Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York y no debe usarse para distribución general con fines comerciales privados.

Esta guía fue desarrollada por el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) del Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York con el fin de ayudar a los adultos mayores de Nueva York a entender mejor las opciones de cobertura de atención médica actualmente disponibles en la ciudad. Incluye estos temas: Medicare Parte A y Parte B, seguro “Medigap”, planes de salud Medicare Advantage, Medicare Parte D, Programas de Ahorros de Medicare y Medicaid. La información de este documento es válida al momento de su impresión. ¡Úsela y mantenga una buena salud!

El HIICAP es la fuente de información gratuita, actualizada e imparcial sobre cobertura de atención médica para las personas mayores de Nueva York. La línea de ayuda del HIICAP (HIICAP Helpline) puede ayudarle obtener respuestas a sus preguntas. Llame a la línea de Aging Connect del Departamento para Personas Mayores, al 212-AGING-NYC (212-244-6469), y pida que lo comuniquen con el HIICAP para hablar con uno de nuestros asesores capacitados.

Los asesores del HIICAP están disponibles para hablar con usted por teléfono o para reunirse en persona en uno de nuestros centros de asesoría. Solo tiene que llamar a la línea de ayuda y lo pondrán en contacto con el asesor más cercano.

El hecho de que se incluyan programas de beneficios de atención médica específicos no implica que el Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York avale dichos programas.

www.nyc.gov/aging

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

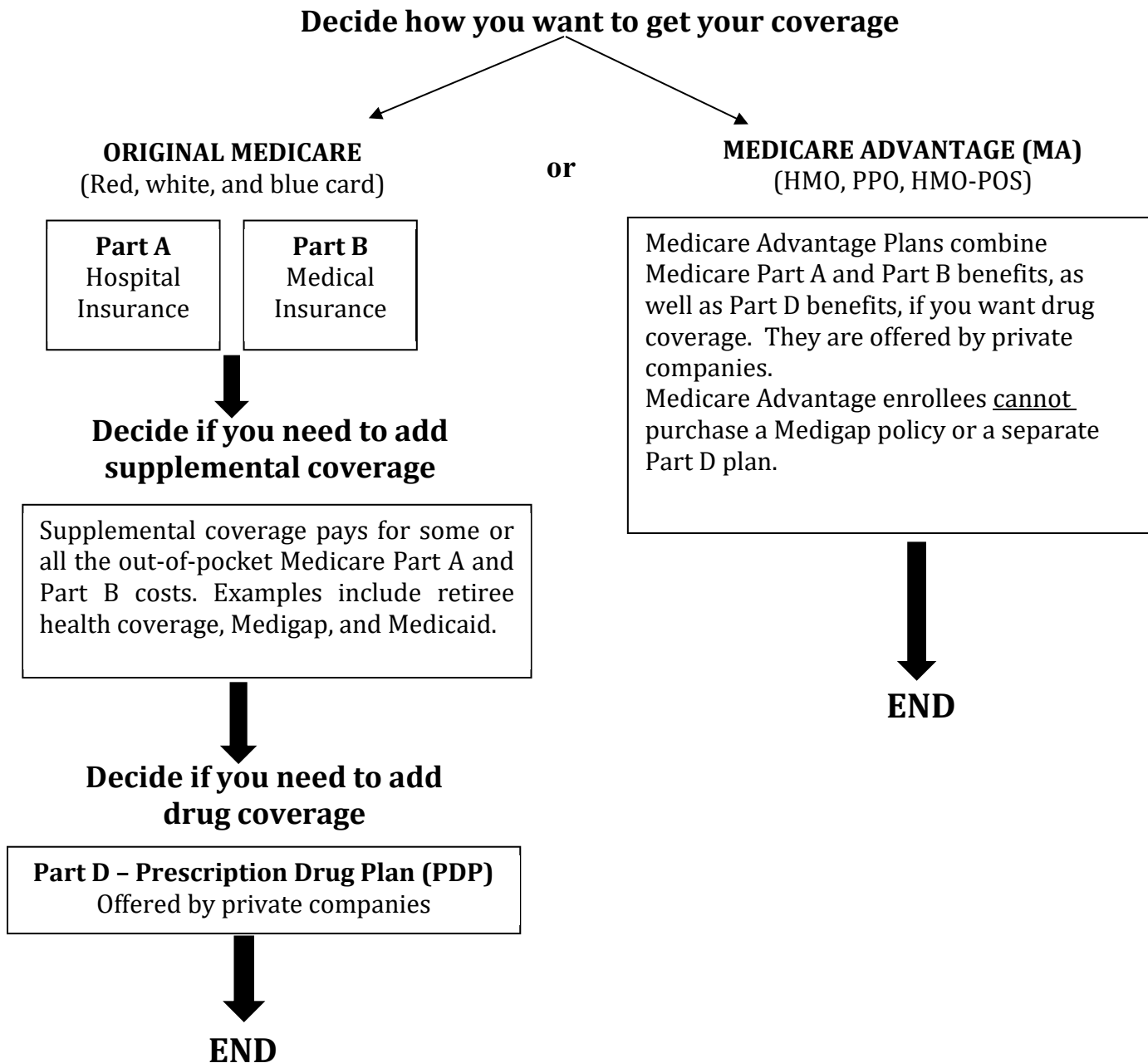
Índice

Opciones de cobertura de Medicare	4
Medicare	5
Medicare como pagador secundario: ¿quién paga primero?	16
Seguro suplementario de Medicare (Medigap)	18
Planes Medicare Advantage (HMO, PPO, HMO-POS, SNP)	25
Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D	30
Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC).....	35
Programas de Ahorros de Medicare	38
Fraude y abuso contra Medicare.....	40
Medicaid para personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades	42
Atención administrada a largo plazo de Medicaid.....	45
NY State of Health/Health Insurance Exchange.....	47
MAGI Medicaid para personas menores de 65 años, que no son ciegas y no tienen discapacidades.....	48
Plan Esencial	49
Plan de salud calificado	49
Beneficios para veteranos y TRICARE for Life	51
Otras opciones de cobertura de salud para residentes de Nueva York.....	52
Medicare 2022	53
Medicaid 2022.....	54
Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York.....	55
Monto de ajuste mensual acorde al ingreso (IRMAA).....	56
Definiciones del seguro de salud	57
Recursos de ayuda para pagar los medicamentos recetados	58
Otros recursos disponibles en Internet.....	59
Recursos	60

MEDICARE COVERAGE CHOICES

All Medicare beneficiaries have choices in how they get their Medicare coverage.

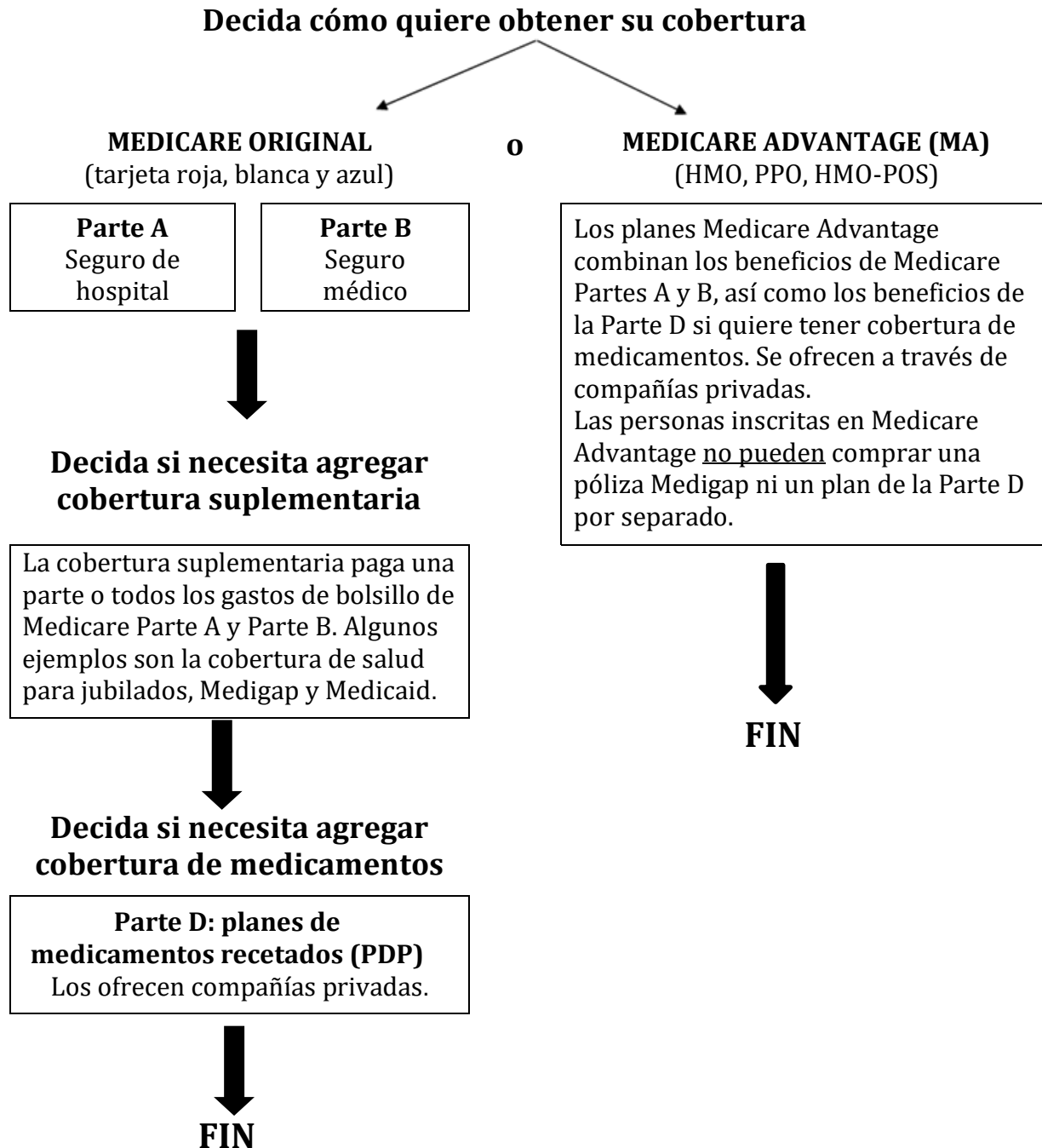
There are two main ways to get your coverage: Original Medicare and a Medicare Advantage Plan. Below is a decision tree to help guide your decision making.



OPCIONES DE COBERTURA DE MEDICARE

Todos los beneficiarios de Medicare pueden elegir cómo obtener su cobertura.

Existen dos formas principales de obtenerla: Medicare Original y un plan Medicare Advantage. El siguiente diagrama de decisiones le ayudará a elegir.



Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

MEDICARE

Medicare is a national health insurance program for people 65 years of age and older, certain younger disabled people and people with kidney failure (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 es un programa nacional de seguros de salud para personas de 65 años o más, ciertas personas más jóvenes con discapacidades y personas con insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa terminal o ESRD).

Los principales componentes de Medicare son:

- Parte A: seguro de hospital.
- Parte B: seguro médico.
- Parte D: cobertura de medicamentos recetados.

Los beneficiarios de Medicare pueden elegir obtener sus beneficios a través de Medicare Original o de un plan Medicare Advantage, a veces denominado Parte C. Los planes Medicare Advantage son administrados por compañías privadas y brindan todos los beneficios de Medicare Parte A y Parte B, así como la cobertura de medicamentos de la Parte D a través de atención administrada. Las personas que se inscriban en un plan Medicare Advantage obtendrán la cobertura de Medicare a través de ese plan privado, y no a través de Medicare Original. Consulte la página 4 para ver un cuadro que resume estas opciones.

¿Quién puede inscribirse en Medicare?

- Edad: es elegible para inscribirse en Medicare si tiene 65 años o más y cumple con uno de los siguientes criterios.
 - Es ciudadano de los Estados Unidos.
 - Es residente permanente legal (por, al menos, cinco años consecutivos si no es elegible para el Seguro Social).
- Las personas menores de 65 años pueden ser elegibles para Medicare en los siguientes casos:
 - Después de recibir beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante 24 meses. Las personas con esclerosis lateral amiotrófica reúnen los requisitos desde el primer mes en que reciben beneficios del SSDI.
 - Si tienen enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y reciben diálisis continua por insuficiencia renal permanente o tuvieron un trasplante de riñón.

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

- Para reunir los requisitos de la Parte A sin prima a los 65 años, usted o su cónyuge deben estar asegurados a través del Seguro Social (haber obtenido 40 trimestres —o créditos— de cobertura). Si no tiene 40 trimestres de cobertura, aún puede obtener Medicare pagando una prima de la Parte A a los 65 años.
- No necesita 40 trimestres de cobertura para reunir los requisitos para la Parte B, solo debe ser ciudadano estadounidense o haber sido residente legal permanente por cinco (5) años consecutivos.

Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicare o quiere solicitar Medicare, llame a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778). Para obtener más información y solicitar Medicare, ingrese a www.socialsecurity.gov.

¿Cómo me inscribo en Medicare?

Algunas personas quedan inscritas en Medicare de manera automática, mientras que otras deben hacerlo activamente. Es importante conocer las reglas de inscripción para la Parte A y la Parte B a fin de evitar la multa por inscripción tardía (LEP) o una interrupción en la cobertura médica.

Quedará **inscrito automáticamente** en Medicare cuando reúna los requisitos por primera vez en los siguientes casos:

- Si ya recibe beneficios del Seguro Social o de jubilación para empleados ferroviarios cuando cumple 65 años, no es necesario que solicite Medicare. Se lo inscribirá automáticamente tanto en la Parte A como en la Parte B, y se le enviará por correo la tarjeta de Medicare alrededor de tres meses antes de que cumpla 65 años.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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:

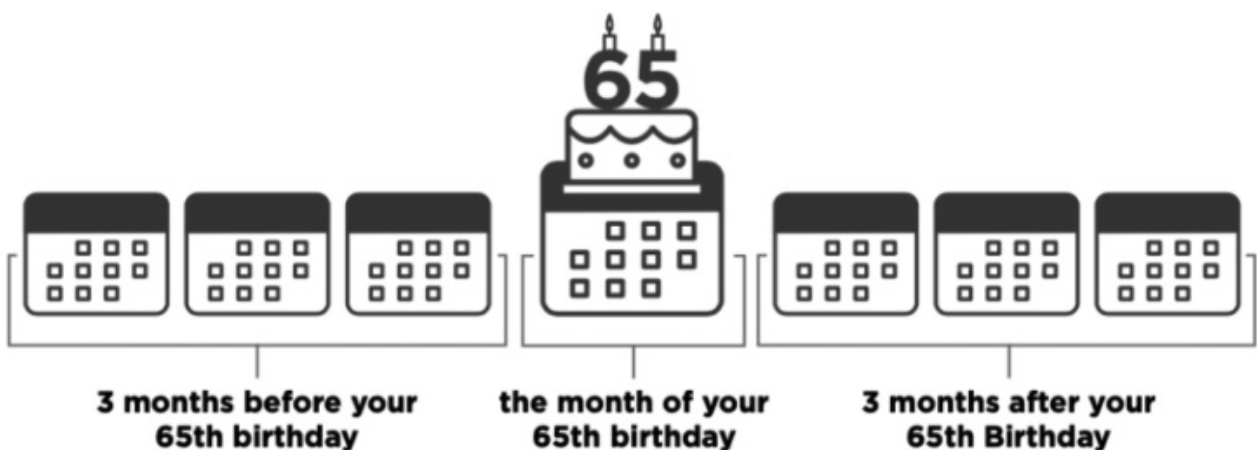
Initial Enrollment Period (IEP)

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.



Si cobra un beneficio del Seguro Social, debe tener la Parte A. Si desea renunciar a los beneficios de Medicare Parte B, siga las instrucciones que se le enviaron con la tarjeta de Medicare.

- Si recibe beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI), recibirá automáticamente una tarjeta de Medicare por correo una vez que haya recibido beneficios por incapacidad del Seguro Social durante 24 meses consecutivos. Si cobra un beneficio del Seguro Social, debe tener la Parte A. Si desea renunciar a los beneficios de Medicare Parte B, siga las instrucciones que se le enviaron con la tarjeta de Medicare.

Si no recibe beneficios del Seguro Social a medida que se acerca a los 65 años y quiere recibir beneficios de Medicare a esta edad, es importante que conozca los **tres períodos de inscripción**: período de inscripción inicial, período de inscripción especial y período de inscripción general. Se describen a continuación.

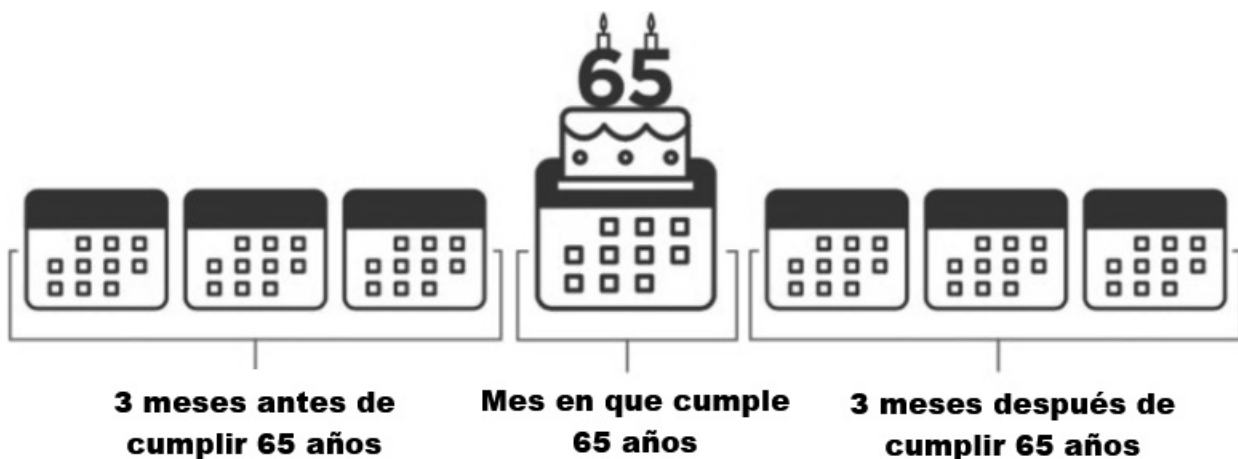
Período de inscripción inicial

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

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

NOVEDAD: A partir de 2023, si una persona se inscribe en los últimos 3 meses de su IEP, la cobertura de la Parte B entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

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



Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

Período de inscripción especial

Si tiene un **seguro de salud** a través de su empleador o sindicato actual o activo, o el de su cónyuge, es posible que no necesite inscribirse en Medicare Parte B cuando reúna los requisitos por primera vez. Comuníquese con su empleador o sindicato para averiguar si debe inscribirse en la Parte B.

Si tiene una cobertura activa proporcionada por el empleador cuando es elegible para Medicare por primera vez, reunirá los requisitos para un período de inscripción especial (SEP) en el que podrá inscribirse en la Parte B mientras aún trabaja o dentro de los 8 meses posteriores al mes en que pierda la cobertura de salud activa proporcionada por el empleador. Necesitará que su empleador complete el formulario CMS-L564 para demostrar la cobertura de seguro de salud proporcionada por el empleador. Para descargar el formulario, ingrese a <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS-L564E.pdf>. Este formulario debe enviarse al Seguro Social junto con la Solicitud de inscripción para Medicare Parte B, el formulario CMS-40B, disponible en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS40B-E.pdf>, donde debe indicar en qué mes desea que comience la cobertura de la Parte B en la sección Observaciones.

CONSEJOS para quienes tienen cobertura proporcionada por el empleador:

- ✓ Si está inscrito en Medicare Parte A, ya no puede contribuir a una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Consulte la página 8 para saber cómo inscribirse en la Parte A.
- ✓ La cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (**COBRA**) NO es un seguro de salud de un empleador activo y, por lo tanto, no permite que la persona reúna los requisitos para un período de inscripción especial.

¿Cuándo es mi período de inscripción especial?



Mientras tenga cobertura de su empleador

En cualquier momento durante los 8 meses posteriores al mes en que finaliza su cobertura proporcionada por el empleador

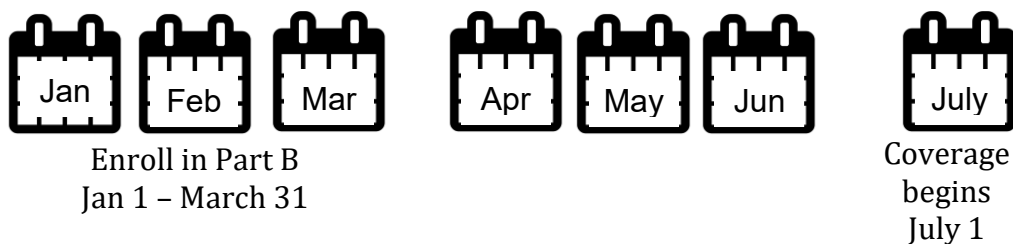
Período de inscripción general

Si no se inscribe durante el IEP y no cumple con los requisitos para un SEP debido a una cobertura activa proporcionada por el empleador, tendrá que esperar hasta el período de inscripción general (GEP) para inscribirse en la Parte B. El GEP tiene lugar desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de cada año, pero la cobertura de la Parte B no comenzará hasta el 1 de julio. Además, puede tener que pagar una multa por inscripción tardía. Esta multa equivale al 10 % de la prima actual estándar de la Parte B por cada 12 meses completos en los que no tuvo Medicare Parte B ni la cobertura de un empleador actual. Esto significa que, si demora 12 meses en inscribirse en la Parte B, pagará la prima de la Parte B + un recargo del 10 % de la prima según la prima estándar de la Parte B para el año en curso.

NOVEDAD: A partir de 2023, si una persona se inscribe en el GEP, la cobertura de la Parte B entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Para solicitar los beneficios de Medicare, debe comunicarse con la Administración del Seguro Social. Puede llamar al 1-800-772-1213 o dirigirse a una oficina local del Seguro Social. También puede inscribirse por Internet en 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.

¿Cuándo es el período de inscripción general?



Inscripción en la Parte B: del 1 de enero al 31 de marzo.



La cobertura empezará el 1 de julio.

La **inscripción en Medicare Parte A** es más flexible que en la Parte B. Las personas elegibles para la Parte A sin prima a los 65 años pueden inscribirse en Medicare Parte A en cualquier momento, y la cobertura puede ser retroactiva hasta seis meses, aunque no antes de la fecha en que empiezan a reunir los requisitos para Medicare. Quienes no tienen 40 trimestres (créditos) de cobertura a través del Seguro Social pueden solicitar la Parte A y pagar una prima. Estas personas solo pueden inscribirse durante el período de inscripción inicial y, posteriormente, solo durante el período de inscripción general desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Es posible que deban pagar una multa por inscripción tardía.

Tarjeta de Medicare: todos los beneficiarios de Medicare deben tener una tarjeta con un número de identificación, conocido como identificador de beneficiario de Medicare (MBI). El MBI está compuesto por 11 caracteres que consisten en letras mayúsculas y números. Si necesita reemplazar su tarjeta de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE o inicie sesión en su cuenta Medicare.gov para imprimir una.

Opciones del programa Medicare

Los beneficiarios de Medicare tienen opciones sobre cómo recibir sus beneficios de Medicare (consulte el diagrama de decisiones de la página 4). Pueden elegir Medicare Original y usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para todos los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, O BIEN, pueden elegir un plan Medicare Advantage, en el que una compañía privada provee todos los beneficios de Medicare. En la siguiente sección, se explica cómo funciona Medicare Original y cuáles son los costos de este programa. Consulte la página 25 para obtener información sobre los planes Medicare Advantage.

Beneficios de Medicare Parte A

Medicare Parte A cubre la atención hospitalaria para pacientes internados, la atención en centros de enfermería especializada, la atención médica a domicilio y el cuidado de hospicio.

Atención hospitalaria para pacientes internados:

Medicare paga hasta 90 días de atención necesaria por razones médicas en un hospital general o psiquiátrico certificado por Medicare durante un período de beneficios. Un **período de beneficios** comienza cuando ingresa al hospital y continúa hasta 60 días consecutivos después de que le hayan dado el alta del hospital o del centro de enfermería especializada. Después de finalizado un período de beneficios, comenzará otro cada vez que reciba atención como paciente internado. Los beneficiarios de Medicare tienen 60 días de reserva de por vida que pueden usar después del día 90 de un período de beneficios.

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 pagará un máximo de por vida de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados brindada en un hospital psiquiátrico. Una vez agotados estos 190 días, Medicare pagará la atención psiquiátrica para pacientes internados adicional únicamente en un hospital general.

Durante su internación, Medicare Parte A ayuda con el pago de una habitación compartida, comidas, servicios normales de enfermería, servicios de rehabilitación, medicamentos, suministros médicos, pruebas de laboratorio y radiografías. También tiene cobertura para uso del quirófano y las salas de recuperación, servicios de salud mental, unidades de cuidados intensivos y coronarios, y todos los demás servicios y suministros necesarios por razones médicas.

Atención en centros de enfermería especializada:

Medicare Parte A cubre la atención en un centro de enfermería especializada (SNF) después de una estadía mínima de tres días como paciente internado en un hospital (sin contar el día del alta). Medicare ayudará a pagar hasta 100 días en un SNF en un período de beneficios.

Estado de observación

Las personas que están en un hospital pueden considerarse pacientes internados o en observación. Aquellos en observación reciben servicios como pacientes ambulatorios mientras el médico decide si internarlos o darles el alta. Los hospitales deben entregarles a los beneficiarios de Medicare un Aviso para pacientes ambulatorios de Medicare sobre servicios de observación (MOON) si estarán en observación durante más de 24 horas. La observación está cubierta por la Parte B, no la Parte A, y no cuenta para la estadía mínima de tres días como paciente internado para que Medicare Parte A cubra la atención en un centro de enfermería especializada.

Atención médica a domicilio: Si está confinado en su hogar y necesita atención especializada por una lesión o enfermedad, Medicare puede pagar la atención brindada en su hogar a través de una agencia de atención médica a domicilio que participe en Medicare. La atención a domicilio se cubre al 100 % a través de la Parte A o la Parte B. Para poder recibir atención médica a domicilio no se exige una internación previa en el hospital. Los servicios pueden brindarse a tiempo parcial o de manera intermitente, no a tiempo completo. Se brinda cobertura de atención especializada, como atención de enfermería especializada, fisioterapia, y terapia ocupacional y del habla. Si recibe atención especializada a domicilio, es posible que también reúna los requisitos para otros servicios de atención a domicilio, como un asistente de atención médica a domicilio y un trabajador social médico.

Las personas con Medicare y Medicaid que reciben servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicaid deben inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo (MLTC). Consulte la página 45 para obtener más información sobre la MLTC.

Cuidado de hospicio: Los beneficiarios de Medicare que tienen una enfermedad terminal pueden optar por recibir cuidados de hospicio, en lugar de los beneficios habituales de Medicare. Los cuidados de hospicio se centran en brindar comodidad y alivio del dolor. Por lo general, se ofrecen en el hogar y pueden incluir cuidados físicos, asesoramiento, medicamentos recetados, equipos y suministros para la enfermedad terminal y las afecciones relacionadas.

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.

Costos de la Parte A (2022)

Prima: sin prima si usted o su cónyuge han trabajado y realizaron pagos al Seguro Social durante al menos 40 trimestres (10 años).

- Quienes tengan menos de 40 trimestres de cobertura a través del Seguro Social pueden comprar la cobertura de la Parte A.
 - Si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A será de \$499 por mes. Si tiene entre 30 y 39 trimestres, su prima de la Parte A será de \$274 por mes.
 - Para quienes no reúnan los requisitos para la Parte A sin prima, es posible que la prima pueda pagarse a través del Programa de Ahorros de Medicare Beneficiario de Medicare Calificado (QMB). Consulte la página 38.

Costos para pacientes internados

Deducible: \$1,556 por período de beneficios (cubre de los días 1 a 60).

Costo compartido adicional:

- \$389 por día para los días 61 a 90.
- \$778 por día de reserva de por vida (60 días).

Costos en un centro de enfermería especializada:

Días 1 a 20: Medicare paga el 100 %.

Días 21 a 100: usted paga \$194.50 por día.

Si necesita más de 100 días de atención en un período de beneficios, deberá pagar todos los cargos a partir del día 101.

Beneficios de Medicare Parte B

Medicare Parte B paga diversos servicios y suministros médicos, pero lo más importante es que ayuda a pagar los honorarios del médico. Se cubren los servicios necesarios por razones médicas brindados por un médico, independientemente de si la atención se brinda en el domicilio, en el consultorio del médico, en una clínica, en un hogar de ancianos o en un hospital. Servicios cubiertos de la Parte B:

- | | |
|---|--|
| ▪ Transporte en ambulancia. | ▪ Suministros médicos (incluidas las tiras reactivas y lancetas que se usan con los monitores de glucosa en sangre). |
| ▪ Sangre, después de las primeras 3 pintas. | ▪ Atención de salud mental. |
| ▪ Equipo médico duradero. | ▪ Servicios hospitalarios como paciente ambulatorio. |
| ▪ Vacunas contra la gripe, la COVID-19, la neumonía y la hepatitis B. | ▪ Fisioterapia, y terapia ocupacional y del habla. |
| ▪ Atención a domicilio (consulte la página 9). | ▪ Servicios de médicos. |
| ▪ Medicamentos inyectables. | ▪ Exámenes preventivos y de detección. |
| ▪ Pruebas de laboratorio (cobertura al 100 %). | ▪ Radiografías. |

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

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

¿Qué paga usted en la Parte B?

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

Costos de la Parte B (2022)

La **prima** mensual estándar es de \$170.10.

- Las personas con mayores ingresos (más de \$91,000 si es una persona y \$182,000 si es un matrimonio) deben pagar primas más altas. Esto se conoce como monto de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA). El Seguro Social determina si una persona debe pagar el IRMAA y, para ello, considera las declaraciones de impuestos de los dos años anteriores. El IRMAA se reevalúa cada año. Por ejemplo, para 2022, la Administración del Seguro Social tiene en cuenta las declaraciones de impuestos de 2020. Puede solicitar que la Administración del Seguro Social reconsidere su IRMAA debido a un cambio en su vida (como un cambio en la condición laboral). Para hacerlo, debe enviar el formulario SSA-44 (www.ssa.gov/forms/ssa-44-ext.pdf). Consulte la página 56 para obtener más información sobre los montos actuales del IRMAA.

Deducible anual: \$233.

Coseguro: 20 % (Medicare paga el 80 % del monto aprobado por Medicare).

¿Puede recibir ayuda con los costos compartidos con Medicare Original?

Existen varios recursos que pueden ayudar a cubrir los costos compartidos de Medicare Original:

- El **seguro suplementario de Medicare (Medigap)** ayuda a los beneficiarios de Medicare a pagar su parte del monto aprobado por Medicare para servicios cubiertos. Estas pólizas cubren las diferencias de los reembolsos de Medicare, pero solo para los servicios aprobados para la cobertura de Medicare. Si quiere obtener información sobre las pólizas de Medigap, consulte la página 18.
- Los **beneficios sindicales o para jubilados** pueden funcionar con Medicare Original. Hable con su administrador de beneficios para comprender la póliza.
- **Medicaid** ayuda con los costos compartidos de Medicare, siempre y cuando usted reúna los requisitos de elegibilidad de Medicaid. Consulte la página 42 para obtener más información.

¿Cuánto pueden cobrar los proveedores por los servicios?

Los médicos y otros proveedores de salud pueden elegir qué tipo de relación tienen con el programa Medicare. Pueden elegir ser proveedores “participantes” o “no participantes”, o pueden optar por “excluirse” del programa Medicare. La relación que el proveedor elija tener afecta cuánto pagará usted por sus servicios.

- Los proveedores **participantes** siempre aceptarán el monto permitido de Medicare como pago total (Medicare paga el 80 % y usted paga el 20 % después de alcanzar el deducible de la Parte B). Para averiguar si un proveedor es participante, puede consultar el sitio web medicare.gov o llamar al 1-800-MEDICARE.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

- **“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

- Los proveedores **no participantes** aún tienen una relación con el programa Medicare, pero pueden elegir si “**aceptar la asignación**” o “**no aceptar la asignación**” en cada reclamación. Si sabe que un proveedor es no participante, pregunte si el médico aceptará la asignación de su reclamación.
 - Si el proveedor **acepta la asignación**, aceptará el monto aprobado de Medicare para un servicio en particular y no le cobrará más que un coseguro del 20 % (para la mayoría de los servicios) una vez que usted haya alcanzado el deducible de la Parte B.
 - Si el proveedor **no acepta la asignación**, los cargos estarán sujetos a un “cargo límite”, que es un cargo adicional sobre el monto aprobado por Medicare. El cargo límite federal es del 15 %. Algunos estados, como Nueva York, tienen cargos límite más bajos. En Nueva York, si un médico no acepta la asignación para un servicio en particular, no puede cobrar más del 5 % de lo que Medicare permite para ese servicio, a excepción de las visitas a domicilio y en el consultorio, para las que puede cobrar hasta el cargo límite federal del 15 %.
 - **NOTA:** Es común que los proveedores que no aceptan la asignación soliciten el pago al momento de la prestación del servicio. El proveedor presentará la reclamación ante Medicare, y Medicare le reembolsará al beneficiario el 80 %.
- Los proveedores que optan por **excluirse** del programa Medicare deben establecer un “contrato privado” con los beneficiarios de Medicare que les soliciten un tratamiento. El proveedor fijará un cargo para cada servicio específico, y el paciente aceptará pagar los costos sabiendo que Medicare no le pagará al médico ni le reembolsará el dinero, y que el proveedor no se rige por los límites de Medicare sobre cuánto puede cobrar por un servicio. La póliza suplementaria de Medicare (Medigap) tampoco pagará ninguno de estos costos. Usted sigue teniendo la cobertura de Medicare para servicios brindados por otros proveedores, incluso si quien lo deriva a estos servicios es el proveedor que se ha excluido.

Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario

En Medicare Original, no se necesita una autorización previa (salvo en casos muy limitados). Si Medicare considera que un servicio es necesario por razones médicas, pagará por él. Si Medicare deniega un servicio porque considera que no es necesario por razones médicas, el beneficiario no será responsable de pagar por el servicio, a menos que el proveedor se lo haya notificado previamente mediante un aviso anticipado al beneficiario.

Si un proveedor cree que Medicare podría considerar que un servicio no es necesario por razones médicas y, por lo tanto, podría no aprobar la reclamación, es posible que le entregue un formulario de Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN). El formulario debe indicar el servicio en cuestión y un motivo específico por el que Medicare podría no cubrirlo. También debe incluir un espacio para que usted firme como prueba de que entiende y acepta la responsabilidad de pagar el servicio. Si usted no firmó un ABN válido, no es responsable de pagar el servicio. El ABN no es necesario para los servicios que nunca tienen cobertura de Medicare (como los audífonos), que usted siempre deberá pagar. Aunque haya firmado un ABN, conserva sus derechos de apelación. Consulte la página 13 para ver un ejemplo de ABN.

Resumen de Medicare

Se les recomienda a los beneficiarios que se registren para recibir electrónicamente el Resumen de Medicare (e-MSN), y recibirán la información por Internet. De lo contrario, se le enviará por correo un Resumen de Medicare (MSN) de manera trimestral a cada beneficiario de Medicare para quien un proveedor que acepta la asignación de Medicare haya enviado una reclamación de la Parte A o la Parte B. En el caso de reclamaciones de proveedores que no aceptan la asignación de Medicare, el MSN se enviará a medida que se procesen las reclamaciones, junto con un cheque para el beneficiario.

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

Para obtener información sobre reclamaciones, los beneficiarios también pueden llamar al 1-800-MEDICARE o iniciar sesión en su cuenta de medicare.gov.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Para solicitar que se les envíe el MSN en español, deben llamar al 1-800-MEDICARE.

Apelaciones de Medicare

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

Si quiere presentar una queja sobre la calidad de la atención o si considera que los servicios de Medicare Parte A o Parte B finalizan demasiado pronto (por ejemplo, si cree que le dan el alta del hospital antes de tiempo), comuníquese con Livanta al 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.

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

- OPTION 1.** I want the **D.** _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but I can appeal to Medicare by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.
- OPTION 2.** I want the **D.** _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. I cannot appeal if Medicare is not billed.
- OPTION 3.** I don't want the **D.** _____ listed above. I understand with this choice I am **not** responsible for payment, and I cannot appeal to see if Medicare would pay.

H. Additional Information:

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

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

I. Signature:

J. Date:

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.

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

SERVICIOS PREVENTIVOS DE MEDICARE

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

Examen de aneurisma aórtico abdominal	Medicare cubre un ultrasonido de evaluación de aneurisma aórtico abdominal una vez si tiene antecedentes familiares de esta afección, o es un hombre que tiene entre 65 y 75 años y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.
Detección y asesoramiento de consumo indebido de alcohol	Medicare cubre un examen anual de detección de consumo indebido de alcohol. Para quienes obtengan un resultado positivo, Medicare también cubrirá hasta cuatro sesiones personales breves de asesoramiento cada año.
Mediciones de la masa ósea	Medicare cubre mediciones cada 24 meses para identificar la pérdida de masa ósea o determinar la densidad ósea. Las mujeres con riesgo de osteoporosis o que reciben un tratamiento con medicamentos para la osteoporosis pueden ser elegibles para hacerse las mediciones con mayor frecuencia.
Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)	Se cubre una mamografía inicial para mujeres de 35 a 39 años. Todas las mujeres de 40 años o más que tengan Medicare tienen cobertura para una mamografía cada 12 meses. La mamografía de diagnóstico se cubre en cualquier momento cuando haya síntomas de cáncer de mama. Las mamografías de diagnóstico están sujetas al deducible de la Parte B y al coseguro del 20 %.
Enfermedades cardiovasculares (terapia del comportamiento)	Medicare cubre una visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular cada año. La visita es para recomendar que el paciente tome aspirina, evaluar la presión arterial alta y brindar asesoramiento conductual para promover una dieta saludable.
Examen de detección de enfermedades cardiovasculares	Medicare cubre exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares para controlar los niveles de colesterol y de otras grasas en la sangre (lípidos) una vez cada 5 años.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino (prueba de Papanicolau y examen pélvico)	Se cubre una prueba de Papanicolau, un examen pélvico y un examen clínico de mamas una vez cada 24 meses o una vez cada 12 meses para las mujeres con alto riesgo de presentar cáncer vaginal o de cuello uterino. Se brinda cobertura a todas las mujeres con Medicare. La Parte B también cubre las pruebas de detección del virus de papiloma humano (VPH) (como parte de una prueba de Papanicolaou) una vez cada 5 años para mujeres de 30 a 65 años que no presenten síntomas de VPH.
Examen de detección de cáncer colorrectal	<ul style="list-style-type: none"> • Los exámenes de sangre oculta en materia fecal se cubren una vez cada 12 meses. • Las evaluaciones de sigmoidoscopia flexible se cubren una vez cada 48 meses. • Las evaluaciones de colonoscopia se cubren una vez cada 24 meses para las personas con mayor riesgo de cáncer colorrectal. Para quienes no tienen alto riesgo, se cubren una vez cada 10 años, pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia flexible. • Enema de bario: esta prueba puede sustituirse por una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia. Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare. • Las pruebas de ADN de heces se cubren una vez cada 3 años para las personas con Medicare que tienen entre 50 y 85 años, que no presentan signos ni síntomas de enfermedad colorrectal, y que tienen un riesgo promedio de presentar cáncer colorrectal.
Exámenes de detección de depresión	Medicare cubre exámenes para detectar la depresión en un centro de atención primaria una vez cada 12 meses.
Exámenes de detección de diabetes	Medicare cubre hasta 2 exámenes de detección por año para las personas con riesgo de presentar diabetes.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Programa de prevención de la diabetes	Medicare cubre por única vez un programa de cambios del comportamiento en relación con la salud que ayuda a prevenir la diabetes tipo 2. Se brinda a las personas que cumplen con los requisitos clínicos y a quienes nunca se les ha diagnosticado diabetes tipo 1 o tipo 2, ni enfermedad renal en etapa terminal.
Capacitación sobre autocontrol de la diabetes	Medicare cubre esta capacitación para personas con diabetes. Tiene como fin enseñarles a controlar la afección y evitar complicaciones.
Pruebas de glaucoma	Estas pruebas se cubren una vez cada 12 meses para quienes corren un alto riesgo de presentar glaucoma, incluidas las personas con diabetes o antecedentes familiares de glaucoma. Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B.
Examen para detectar infección por el virus de la hepatitis B	Medicare cubre un examen anual para detectar la hepatitis B para las personas en riesgo que no reciban una vacuna contra la hepatitis B. Además, cubre este examen para las mujeres embarazadas.
Examen de detección de la hepatitis C	Medicare cubre un examen para detectar la hepatitis C para las personas que nacieron entre 1945 y 1965, y una repetición anual del examen para las personas que corren alto riesgo.
Examen de detección del VIH	Se cubre una vez cada 12 meses para cualquier beneficiario que solicite el examen.
Examen de detección de cáncer pulmonar	Medicare cubre un examen de detección de cáncer pulmonar cada 12 meses para las personas de 50 a 77 años que fuman actualmente o han dejado de fumar dentro de los últimos 15 años.
Terapia médica nutricional	Medicare cubre 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año y, posteriormente, 2 horas cada año para los beneficiarios con diabetes o enfermedad renal.
Examen médico y asesoramiento sobre la obesidad	Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, Medicare cubre una evaluación de la dieta, así como asesoramiento conductual intensivo y terapia del comportamiento.
Examen físico	Se cubre un examen físico inicial preventivo durante los primeros doce meses de la inscripción en Medicare Parte B. Además, se cubre una consulta anual de bienestar para todas las personas inscritas en Medicare Parte B, pero no dentro de los 12 meses posteriores al examen inicial.
Examen de detección de cáncer de próstata	Se cubre un examen rectal digital una vez cada 12 meses para los hombres de 50 años y mayores. Usted paga el 20 % del monto aprobado por Medicare después de alcanzar el deducible de la Parte B. El análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA) se cubre una vez cada 12 meses para los hombres de 50 años y mayores.
Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual (ITS)	Medicare cubre exámenes de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B, así como sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad para prevenir las ITS. Los exámenes de detección se cubren una vez cada 12 meses. Además, cada año se cubren hasta dos sesiones de asesoramiento individuales de 20 a 30 minutos para aquellas personas con mayor riesgo de contraer ITS.
Asesoramiento para dejar consumir tabaco	Medicare cubrirá hasta 8 sesiones de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses. Las sesiones son en persona y se ofrecen a los beneficiarios que consumen tabaco.
Vacunas	Vacuna contra la COVID-19. La vacuna contra la gripe se cubre una vez por temporada de gripe. La vacuna contra la neumonía, por lo general, solo se necesita una vez en la vida. Se cubre una segunda vacuna diferente 12 meses después de haber recibido la primera. La vacuna contra la hepatitis B se cubre si tiene un riesgo alto o intermedio.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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 COMO PAGADOR SECUNDARIO: ¿QUIÉN PAGA PRIMERO?

Si tiene Medicare y la cobertura de otro seguro de salud, es necesario saber cuál es el seguro primario y cuál es el secundario. El seguro primario considerará la reclamación primero y el secundario considerará el saldo que quede una vez que el seguro primario haya pagado o denegado la reclamación.

Si es nuevo en Medicare, recibirá una carta por correo en la que se le pedirá que complete el Cuestionario de Inscripción Inicial (IEQ). En el cuestionario, se le preguntará si tiene cobertura de un plan de salud grupal a través de su empleador o el empleador de un familiar. El IEQ se puede responder en línea, en su cuenta de Medicare.gov o por teléfono, llamando al 1-855-798-2627.

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

En este cuadro, se indica quién paga primero si usted tiene Medicare y el seguro de un empleador actual:

USTED TIENE...	SU EMPLEADOR TIENE...	MEDICARE PAGARÁ...
Más de 65 años y cobertura del plan de su empleador.	Menos de 20 empleados.	Primero. El plan del empleador, segundo.
Más de 65 años y cobertura del plan de su empleador.	20 empleados o más.	Segundo. El plan del empleador, primero.
Más de 65 años y cobertura del plan del empleador de su cónyuge.	Menos de 20 empleados.	Primero. El plan del empleador, segundo.
Más de 65 años y cobertura del plan del empleador de su cónyuge.	20 empleados o más.	Segundo. El plan del empleador, primero.
Menos de 65 años, una discapacidad y cobertura del plan de su empleador.	Menos de 100 empleados.	Primero. El plan del empleador, segundo.
Menos de 65 años, una discapacidad y cobertura del plan de su empleador.	100 empleados o más.	Segundo. El plan del empleador, primero.
Menos de 65 años, una discapacidad y cobertura del plan de otro familiar.	Menos de 100 empleados.	Primero. El plan del empleador, segundo.
Menos de 65 años, una discapacidad y cobertura del plan de otro familiar.	100 empleados o más.	Segundo. El plan del empleador, primero.
Cualquier edad, enfermedad renal en etapa terminal y cobertura del plan de su propio empleador o el de otro familiar.	Cualquier cantidad de empleados.	Segundo durante los primeros 30 meses de la inscripción en Medicare. Después de los 30 meses, Medicare pagará primero.

Plan de salud grupal del empleador (EGHP) y Medicare: cuando una persona tiene Medicare y la cobertura de su empleador, el tamaño del empleador determina si Medicare es el pagador primario o secundario.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

- **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.

- **Personas que trabajan después de los 65 años:** si tiene cobertura de seguro de salud a través de su empleo activo o el de su cónyuge, y el empleador tiene 20 empleados o más, el EGHP es el seguro primario y Medicare, el secundario. Si el empleador tiene menos de 20 empleados, Medicare es el seguro primario y el EGHP, el secundario. Algunos empleadores requieren que los empleados elegibles para Medicare se inscriban en Medicare Parte A o Parte B. Se recomienda que se comunique con el empleador para averiguar esto.

A medida que se acerque el momento de su jubilación, debe considerar inscribirse en Medicare Parte B, ya que será el seguro primario cuando se jubile. Consulte la página 7 para obtener información sobre el período de inscripción especial de Medicare.

- **Discapacidades y Medicare:** si tiene cobertura de seguro de salud a través de su empleo activo o el de su cónyuge u otro familiar, y el empleador tiene 100 empleados o más, el EGHP es el seguro primario y Medicare, el secundario. Si el empleador tiene menos de 100 empleados, Medicare es el seguro primario y el EGHP, el secundario.
- **Enfermedad renal en etapa terminal:** algunas personas son elegibles para la cobertura de Medicare porque tienen enfermedad renal en etapa terminal, y reciben tratamientos de diálisis de mantenimiento o tuvieron un trasplante de riñón. Si tienen un EGHP (independientemente de si es a través de un empleo actual), esa cobertura es la primaria durante los primeros 30 meses de elegibilidad para Medicare. Después de los 30 meses, Medicare pagará primero.
- **Seguro de accidentes del trabajo y Medicare:** por lo general, el seguro de accidentes del trabajo es el seguro primario en el caso de una lesión relacionada con el trabajo y cubre solo los gastos de atención médica asociados a la lesión.
- **Seguro de responsabilidad civil y Medicare:** en el caso de un accidente o una lesión, es posible que los gastos de atención médica estén cubiertos por otros tipos de seguros, tales como seguros de responsabilidad pública (*no-fault*), de automóviles o de viviendas, o pólizas de mala praxis. Como muchas reclamaciones de seguros de responsabilidad tardan mucho tiempo en resolverse, Medicare puede hacer pagos condicionales para evitar demoras en el reembolso a los proveedores y responsabilidad para los beneficiarios. Medicare pagará la reclamación y, luego, intentará recuperar los pagos condicionales del monto del acuerdo. El Centro de Coordinación y Recuperación de Beneficios ayuda con esta función.

Cobertura de salud para jubilados: normalmente, si tiene Medicare y un seguro de salud para jubilados, Medicare es el seguro primario y la cobertura para jubilados, el seguro secundario. Algunos beneficios para jubilados funcionan más como un complemento de Medicare Original, mientras que otros funcionan más como un plan Medicare Advantage. Consulte con el administrador de los beneficios para saber cómo se coordinan sus beneficios como jubilado con Medicare.

Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal: a diferencia de la mayoría de los planes para jubilados, que exigen la inscripción en Medicare, el Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (FEHB) puede seguir pagando como seguro primario si usted no se inscribe en Medicare. Los jubilados con FEHB pueden elegir si inscribirse o no en la Parte B. Tienen tres opciones:

1. Tener FEHB y NO inscribirse en la Parte B. Los miembros pueden continuar con su cobertura de FEHB sin inscribirse en Medicare, y esto les permitirá ahorrar el costo de la prima mensual de la Parte B. Sin embargo, si más adelante deciden que quieren inscribirse en la Parte B, tendrán que esperar hasta el próximo período de inscripción general y podrían tener que pagar una multa por inscripción tardía.

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. Tener FEHB y la Parte B. Los miembros pueden continuar con su cobertura de FEHB y también inscribirse en la Parte B. Algunos planes de FEHB pueden ofrecer un incentivo para inscribirse en Medicare, como eximir los copagos, deducibles y coseguros del plan de FEHB. Los miembros que elijan tener Medicare y FEHB tendrán que pagar tanto las primas del plan de FEHB como de la Parte B.
3. Tener la Parte B y NO tener FEHB. A diferencia de la mayoría de los jubilados, los empleados del Gobierno federal jubilados pueden SUSPENDER (no cancelar) su cobertura para jubilados e inscribirse en un plan Medicare Advantage, que podrá tener una prima mensual más baja o ninguna prima adicional. Quienes elijan esta opción aún tendrán que inscribirse en la Parte B a fin de ser elegibles para inscribirse en un plan Medicare Advantage, pero evitarán el costo más alto de la prima del plan de FEHB. Además, podrán elegir volver a tener la cobertura de FEHB durante el próximo período de inscripción abierta de FEHB.

Para conocer más sobre Medicare y el Programa de FEHB, visite el sitio web de la Oficina de Administración de Personal (OPM): <http://www.opm.gov/insure/health/medicare/index.asp>, <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/fastfacts/fehbmedicare.pdf> y <http://www.opm.gov/healthcare-insurance/healthcare/medicare/75-12-final.pdf>.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE (Medigap)

El seguro suplementario de Medicare (Medigap) está específicamente destinado a ayudar con los costos compartidos asociados a la cobertura de Medicare Original Partes A y B. Las pólizas están reguladas por leyes federales y estatales, y solo pueden comprarse a través de compañías privadas. Para poder comprar una póliza de Medigap, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Las pólizas de Medigap que se venden en la actualidad no incluyen cobertura de medicamentos.

¿Por qué necesito una póliza de Medigap?

La póliza de Medigap paga su parte de los gastos de bolsillo de servicios médicos cubiertos por Medicare. Por ejemplo, una póliza de Medigap podría cubrir el deducible de la Parte A, el coseguro para pacientes ambulatorios de la Parte B del 20 % de los cargos permitidos y otros costos. **Nota: algunos planes cubren solo un porcentaje de estos costos, mientras que otros cubren la totalidad.** Las personas inscritas en un plan Medicare Advantage no deben inscribirse en un plan Medigap, ya que esto duplicaría la cobertura que tienen a través de su plan Medicare Advantage.

¿Cuáles son los planes Medigap disponibles?

Hay diez planes Medigap estándares disponibles, que se designan con las letras de la "A" a la "N". Todos los planes cubren el paquete de beneficios básicos; los planes B a N combinan esto con diversos beneficios adicionales. Los planes Medigap E, H, I y J ya no se ofrecen para miembros nuevos. Quienes tengan estas pólizas pueden mantener la cobertura actual, pero tal vez deban comparar los beneficios con el costo de la prima para determinar si el plan sigue siendo conveniente. Sin embargo, deben considerar que, si deciden cambiarse a otro plan, no se les permitirá regresar al plan anterior.

Las personas nuevas en Medicare, es decir, elegibles desde el 1 de enero de 2020 o después, no pueden comprar los planes Medigap C o F, incluido el plan F con deducible alto.

¿Cuándo puedo comprar una póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, puede comprar una póliza de Medigap en cualquier momento una vez que se haya inscrito en Medicare. Se le garantiza la oportunidad de comprar una póliza incluso si es menor de 65 años y tiene Medicare debido a una discapacidad.

When can I switch Medigap policies?

In New York State, you can switch the company from which you get the Medigap policy, as well as the type of Medigap policy, at any time. Some companies require you to remain in a 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.

¿Cuándo puedo cambiar la póliza de Medigap?

En el estado de Nueva York, puede cambiar en cualquier momento la compañía que le proporciona la póliza de Medigap, así como el tipo de póliza. Algunas compañías exigen que los miembros permanezcan en un plan por un período determinado antes de poder cambiarse a otro plan que ofrecen. Sin embargo, usted puede obtener el plan que desea de otra compañía que lo ofrezca.

¿Cómo elijo una póliza de Medigap?

Puesto que las pólizas de Medigap están estandarizadas, primero debe decidir qué nivel de cobertura necesita. Una vez que determine qué conjunto de beneficios es apropiado para usted, puede comparar la prima, el servicio y la reputación de las compañías de seguro que ofrezcan el plan que se ajuste a sus necesidades. La mayoría de las compañías de seguros Medigap tienen un acuerdo con Medicare para que las reclamaciones se envíen electrónicamente de Medicare a la compañía de seguros Medigap. De esta manera, usted y su proveedor no tendrán que presentar una reclamación al plan Medigap por separado. Las compañías pueden facturar la prima de la póliza de forma mensual, trimestral o anual, según el programa de pagos en particular que prefiera.

¿Qué protección tengo?

Todas las pólizas estandarizadas de Medigap que se venden en la actualidad tienen renovación garantizada. La compañía de seguros no puede negarse a renovar la póliza, a menos que usted no pague las primas o haya presentado información falsa en la solicitud. Las leyes federales prohíben a las compañías de seguros o los productores de seguros venderle una segunda póliza de Medigap que duplique la cobertura de la póliza que usted ya tiene. Esto lo protege de la presión de comprar más cobertura de la que necesita. Usted puede cambiar de póliza de Medigap cada vez que necesite un nivel de cobertura diferente. Por ejemplo, si tiene más necesidades médicas, puede acordar la compra del plan G si el plan B le resulta muy limitado. La nueva póliza de Medigap reemplazará la anterior. NO CANCELE LA PÓLIZA ANTERIOR HASTA QUE LA NUEVA ENTRE EN VIGENCIA.

¿Cómo se determinan las primas?

En el estado de Nueva York, usted está protegido por la “tasación comunitaria”. La prima mensual que fije una compañía de seguros para una de sus pólizas estándares de Medigap debe ser la misma para todas las personas de una determinada zona geográfica, independientemente de su edad, género o estado de salud. Consulte la página 24 para obtener una lista de las compañías de seguros y sus primas para beneficiarios de Medicare de la ciudad de Nueva York.

¿Cuándo empezará mi cobertura si tengo una enfermedad preexistente?

El periodo máximo en que puede negarse la cobertura de Medigap por una enfermedad preexistente son los primeros seis meses de una póliza nueva y solo en el caso de reclamaciones directamente relacionadas con esa enfermedad. Una enfermedad preexistente es aquella para la que un médico ofreció asesoramiento, o recomendó o brindó un tratamiento dentro de los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura. Puede reunir los requisitos para cobertura **inmediata** de una enfermedad preexistente (1) si compra una póliza durante el período de inscripción abierta cuando es elegible para Medicare por primera vez a los 65 años o (2) si tuvo la cobertura de un plan de salud anterior durante, al menos, seis meses sin una interrupción de más de 63 días. Si la cobertura de su plan de salud anterior fue por menos de seis meses, su nueva póliza de Medigap debe acreditarle la cantidad de meses en los que tuvo cobertura. Algunas compañías de seguros tienen períodos de espera más breves para enfermedades preexistentes. Para consultar un cuadro sobre los períodos de espera para enfermedades preexistentes, ingrese a www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

¿Qué documentación recibirá de la compañía de seguros Medigap?

La compañía de seguros Medigap debe enviarle una Explicación de Beneficios (EOB) para demostrar que ha pagado su parte de las reclamaciones. Con la EOB y el Resumen de Medicare que recibirá de Medicare, tendrá toda la información sobre cómo se procesó su reclamación de atención médica.

PLANES MEDIGAP ESTÁNDARES

A continuación, se describen los diez planes Medigap estándares, (planes de la A a la N) con los beneficios que ofrece cada uno:

El **PLAN A** (póliza básica) proporciona estos **beneficios básicos**:

- Cobertura del copago de la Parte A (\$389 por día en 2022) para los días 61 a 90 de hospitalización en cada período de beneficios de Medicare.
- Cobertura del copago de la Parte A (\$778 por día en 2022) por cada uno de los 60 días de reserva de por vida no renovables de internación hospitalaria de Medicare.
- Una vez agotados todos los beneficios de hospital de Medicare, cobertura del 100 % de los gastos hospitalarios elegibles de Medicare Parte A. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional como paciente internado durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del costo compartido para el cuidado de hospicio de Medicare Parte A.
- Cobertura según Medicare Parte A y Parte B del costo razonable de las primeras 3 pintas de sangre (o cantidades equivalentes de concentrados de glóbulos rojos) por año calendario, salvo que se reemplace conforme a las normas federales.
- Cobertura del coseguro de los servicios de la Parte B (generalmente el 20 % del monto aprobado por Medicare), una vez alcanzado el deducible anual (\$233 en 2022).

El **PLAN B** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda**:

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A (\$1,556 por período de beneficios en 2022).

El **PLAN C¹** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda**:

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del copago de atención en un centro de enfermería especializada (\$194.50 por día para los días 21 a 100 por período de beneficios en 2022).
- Cobertura del deducible de Medicare Parte B (\$233 por año calendario en 2022).
- Cobertura del 80 % del costo de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

El **PLAN D** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda**:

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del copago diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura del 80 % del costo de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250 con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

¹ Los planes C, F y F+ solo están disponibles para las personas que empezaron a ser elegibles para Medicare antes del 1 de enero de 2020.

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.

El **PLAN F¹** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del coseguro diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura del deducible de Medicare Parte B.
- Cobertura del 100 % de los cargos excedentes de Medicare Parte B, también conocido como cargo límite².
- Cobertura del 80 % de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250 con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

PLAN F+¹ (deducible alto)

- Incluye los mismos beneficios que el plan F estándar, pero los beneficiarios deben alcanzar un deducible alto (\$2,490 en 2022) antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas con deducible alto tienen primas más bajas.

El **PLAN G** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del copago diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura del 100 % de los cargos excedentes de Medicare Parte B, también conocido como cargo límite¹.
- Cobertura del 80 % del costo de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250, con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

PLAN G+ (deducible alto)

- Incluye los mismos beneficios que el plan G estándar, pero los beneficiarios deben alcanzar un deducible alto (\$2,490 en 2022) antes de que el plan cubra algún costo. Este monto puede aumentar cada año. Las pólizas con deducible alto tienen primas más bajas. Si bien el plan G no cubre el deducible de la Parte B, el monto que pague por ese deducible se acredita al deducible del plan G+.

Los planes E, H, I y J de Medigap ya no se venden a nuevos titulares de pólizas. Sin embargo, quienes actualmente tengan un plan E, H, I o J pueden mantener sus pólizas.

El **PLAN K³** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del 50 % del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del 50 % del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de Medicare Parte B, pero el 100 % del coseguro de los servicios preventivos de la Parte B.
- Cobertura del 100 % del copago de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada período de beneficios de Medicare.
- Cobertura del 100 % del copago de la Parte A por cada uno de los 60 días de reserva de por vida no renovables de internación hospitalaria de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios de hospital de Medicare, cobertura del 100 % de los gastos hospitalarios elegibles de Medicare Parte A. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional como paciente internado durante la vida del titular de la póliza.

² El plan paga la diferencia entre el monto aprobado de Medicare para los servicios de la Parte B y el cargo límite establecido por Medicare o la ley estatal.

³ Los beneficios básicos de los planes K, L y N son similares a los de los planes A a G, pero con algunos niveles diferentes de costo compartido. Los límites anuales de gastos de bolsillo para los planes K y L pueden cambiar cada año.

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.

- Cobertura del 50 % del costo compartido de cuidados de hospicio.
- Cobertura del 50 % de los gastos elegibles de Medicare para las primeras 3 pintas de sangre.
- Cobertura del 50 % del copago diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo de \$6,620 en 2022.

El **PLAN L³** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del 75 % del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del 75 % del coseguro de la Parte B después de alcanzar el deducible anual de Medicare Parte B, pero el 100 % del coseguro de los servicios preventivos de la Parte B.
- Cobertura del 100 % del copago de la Parte A para los días 61 a 90 de hospitalización en cada período de beneficios de Medicare.
- Cobertura del 100 % del copago de la Parte A por cada uno de los 60 días de reserva de por vida no renovables de internación hospitalaria de Medicare usados.
- Una vez agotados todos los beneficios de hospital de Medicare, cobertura del 100 % de los gastos hospitalarios elegibles de Medicare Parte A. La cobertura se limita a un máximo de 365 días de atención hospitalaria adicional como paciente internado durante la vida del titular de la póliza.
- Cobertura del 75 % del costo compartido de cuidados de hospicio.
- Cobertura del 75 % de los gastos elegibles de Medicare para las primeras 3 pintas de sangre.
- Cobertura del 75 % del coseguro diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Límite anual de gastos de bolsillo de \$3,310 en 2022.

El **PLAN M** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del 50 % del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del 100 % del copago diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura del 80 % del costo de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250 con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

El **PLAN N³** incluye los **beneficios básicos y, además, brinda:**

- Cobertura del 100 % del deducible por internación hospitalaria de Medicare Parte A.
- Cobertura del 100 % del monto del coseguro de Medicare Parte B, a excepción de los copagos de hasta \$20 por visitas al consultorio y de \$50 por visitas a la sala de emergencias.
- Cobertura del 100 % del monto de copago diario de atención en un centro de enfermería especializada.
- Cobertura del 80 % del costo de la atención de emergencia necesaria por razones médicas en un país extranjero, después de un deducible de \$250 con un beneficio máximo de por vida de \$50,000.

³ Los beneficios básicos de los planes K, L y N son similares a los de los planes A a G, pero con algunos niveles diferentes de costo compartido. Los límites anuales de gastos de bolsillo para los planes K y L pueden cambiar cada año.

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.

BENEFICIOS INCLUIDOS EN LOS DIEZ PLANES SUPLEMENTARIOS ESTÁNDARES DE MEDICARE

- **Beneficios básicos:** se incluyen en todos los planes.
- **Hospitalización:** copago de la Parte A, cobertura de 365 días adicionales una vez finalizados los beneficios de Medicare y cobertura del copago de 60 días de reserva de por vida.
- **Gastos médicos:** coseguro de la Parte B (generalmente el 20 % de los gastos aprobados por Medicare).
- **Sangre:** primeras 3 pintas de sangre cada año.
- **Cuidados de hospicio:** costo compartido de la Parte A.

A	B	C	D	F*	G*	K	L	M	N
Benef. básicos	Benef. básicos	Benef. básicos	Benef. básicos	Benef. básicos	Benef. básicos	Benef. básicos**	Benef. básicos**	Benef. básicos	Benef. básicos**
		Coseguro: enfermería especializ.	Coseguro: enfermería especializ.	Coseguro: enfermería especializ.	Coseguro: enfermería especializ.	Coseguro: enfermería especializ. (50 %)	Coseguro: enfermería especializ. (75 %)	Coseguro: enfermería especializ.	Coseguro: enfermería especializ.
	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A	Deducible de la Parte A (50 %)	Deducible de la Parte A (75 %)	Deducible de la Parte A (50 %)	Deducible de la Parte A
		Deducible de la Parte B		Deducible de la Parte B					
				Excedente de la Parte B	Excedente de la Parte B				
		Emerg. en viajes al extranjero	Emerg. en viajes al extranjero	Emerg. en viajes al extranjero	Emerg. en viajes al extranjero			Emerg. en viajes al extranjero	Emerg. en viajes al extranjero
						Límite de gastos de bolsillo: \$6,620	Límite de gastos de bolsillo: \$3,310		

* El plan F y el plan G también se ofrecen con una opción de deducible alto.

** Estos planes cubren los beneficios básicos, pero con algunos requisitos diferentes de costo compartido.

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

PÓLIZAS DE SEGURO SUPLEMENTARIO DE MEDICARE

Comuníquese directamente con cada compañía para conocer sus tarifas mensuales actualizadas, ya que están sujetas a cambios. Podrá consultar tablas con tarifas actualizadas en el sitio web del Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York: https://www.dfs.ny.gov/consumers/health_insurance/supplement_plans_rates.

PLAN	Aetna (800) 345-6022	Bankers Conseco (800) 845-5512	Emblem (anteriormente GHI) (800) 444-2333	Empire Blue Cross Blue Shield (800) 444-2333	Globe Life Insurance* (800) 331-2512	Humana (800) 486-2620	Mutual of Omaha (800) 228-9999	TransAmerica Financial (800) 752-9797	United Health (AARP): debe ser miembro de AARP para inscribirse (mayor de 50 años) (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

* Las primas de Globe Life Insurance (antes First United American) varían según el código postal. Use el enlace de arriba para averiguar cuáles son las tarifas donde usted vive.

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

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-

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

Los planes Medicare Advantage (MA) les ofrecen a los beneficiarios alternativas a Medicare Original. Se ofrecen a través de compañías privadas e incluyen los siguientes tipos: plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud con opción de punto de servicio (HMO-POS) y planes para necesidades especiales (SNP). Las compañías que ofrecen los planes Medicare Advantage tienen un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para brindar los beneficios de Medicare a las personas inscritas.

Para ser elegible para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener Medicare Parte A y Parte B, y debe vivir en el área de servicio del plan. Los planes Medicare Advantage no pueden rechazar a un solicitante debido a un problema de salud (ni pueden imponer períodos de espera por enfermedades preexistentes).

La inscripción en un plan Medicare Advantage es opcional. Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios necesarios por razones médicas cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Además, normalmente incluyen beneficios adicionales, como cobertura de medicamentos recetados y servicios de atención dental, de la vista y de la audición. Si desea tener **cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D** y está inscrito en un plan Medicare Advantage, deberá obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D a través de su plan; no puede inscribirse en un plan de la Parte D por separado. Todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a obtener los servicios médicos que necesiten, recibir información completa sobre las opciones de tratamiento de parte de sus médicos y apelar las denegaciones de servicios o reembolsos de un plan Medicare Advantage.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, **NO PUEDE** comprar una póliza de Medigap, ya que esto duplicaría la cobertura.

Cada miembro de un plan Medicare Advantage debe recibir un Resumen de Beneficios como parte del proceso de inscripción. En él debe incluirse información clave sobre las primas adicionales, los procedimientos de rutina, los requisitos de acceso y notificación en casos de emergencia, y los copagos de los servicios. El plan también debe ofrecer un directorio de proveedores, una lista de las farmacias del plan y una lista de los medicamentos cubiertos.

Los planes Medicare Advantage tienen redes de médicos, centros de salud, hospitales, centros de enfermería especializada y otros proveedores de atención médica. Estas redes pueden ser a nivel local, estatal e incluso nacional. Es importante que se comunique con el personal del plan para conocer el alcance de la red de proveedores, sobre todo si viaja y puede necesitar atención (que no sea de emergencia) fuera de su área de residencia.

Planes de HMO: en estos planes, el beneficiario de Medicare debe seleccionar un médico de atención primaria de la red de médicos. Se puede elegir un médico dentro de esa red, siempre y cuando acepte pacientes nuevos. En algunos planes de HMO, se necesita una remisión para recibir servicios de especialistas. Se debe recibir atención médica de proveedores de la red del plan de HMO. A excepción de la atención de emergencia, no se cubren servicios obtenidos de proveedores fuera de la red; el beneficiario deberá pagar el costo total de los servicios.

Planes de PPO: tienen redes de proveedores de atención médica y hospitales, pero no impiden que los miembros reciban servicios fuera de la red. La PPO establece copagos fijos para los servicios que las personas inscritas reciben de proveedores dentro de la red.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

Los inscritos pagarán más por los servicios que reciban de proveedores fuera de la red. (Los proveedores fuera de la red están sujetos al cargo límite de Medicare, que limita el monto que pueden cobrarle a un beneficiario de Medicare por los servicios).

Planes de **HMO-POS**: son similares a los planes de PPO. Los miembros tienen una mayor flexibilidad que con un plan de HMO, ya que pueden usar proveedores dentro y fuera de la red. Sin embargo, es posible que los planes de HMO-POS no cubran todos los beneficios fuera de la red. Por ejemplo, un plan podría ofrecer cobertura por internación hospitalaria solo dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener información detallada.

SNP: son planes Medicare Advantage disponibles solo para ciertos grupos de personas con Medicare, por ejemplo, quienes tienen Medicare y Medicaid, quienes tienen ciertas enfermedades crónicas y quienes viven en una institución, como en un hogar de ancianos. Se brinda cobertura para los servicios cubiertos por Medicare Partes A y B, y para los medicamentos recetados de la Parte D. Además, los SNP pueden cubrir otros servicios que podría necesitar la población específica a la que se dirigen.

En el manual *Medicare y usted (Medicare and You)* del Gobierno de EE. UU., encontrará una lista de los planes Medicare Advantage. Para obtener información detallada sobre los planes, visite www.medicare.gov o **llame al 1-800-MEDICARE**.

Cómo inscribirse en un plan Medicare Advantage (MA): quienes empiecen a ser elegibles para Medicare pueden inscribirse durante el período de elección de cobertura inicial (ICEP).

Para la mayoría de las personas, el ICEP dura 7 meses y transcurre en los meses anteriores y posteriores al mes en el que son elegibles para Medicare por primera vez. El plan entrará en vigencia el primer mes de elegibilidad para Medicare o el mes posterior al mes de inscripción. A los beneficiarios que se demoren en inscribirse en la Parte B, se les extenderá el ICEP para que puedan inscribirse en un plan MA en los meses anteriores al inicio de la Parte B. De esta manera, su plan Medicare Advantage entrará en vigencia el mismo mes que la Parte B. La inscripción puede hacerse en línea, en www.medicare.gov, o por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE o directamente al plan.

Las personas que se inscriben en un plan MA cuando empiezan a ser elegibles para Medicare (durante su ICEP) tienen un **período de inscripción abierta** de tres meses desde que tienen derecho a recibir Medicare por primera vez en el que pueden cambiarse a otro plan MA o a Medicare Original (con o sin un plan de la Parte D).

Además, todos los beneficiarios de planes MA tienen un período de inscripción abierta a principio de año, del 1 de enero al 31 de marzo. En este tiempo, pueden pasarse a otro plan Medicare Advantage o cambiarse a Medicare Original, y el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente, es decir, el 1 de febrero, el 1 de marzo o el 1 de abril. Para hacer este cambio, tan solo debe inscribirse en otro plan Medicare Advantage o, si quiere cambiarse a Medicare Original, en un plan independiente de la Parte D. Con esto, se cancelará automáticamente la inscripción en el plan Medicare Advantage anterior.

SEP65: es un período de inscripción especial disponible para las personas elegibles para Medicare debido a su edad (no por una discapacidad) que se inscriben en un plan MA durante el período de elección de cobertura inicial, que transcurre en los meses anteriores y posteriores al mes en que cumplen 65 años. Tienen 12 meses desde el momento en que el plan MA entra en vigencia para cambiarse a Medicare Original (no a otro plan MA).

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.

Período de elección anual (AEP): desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, puede inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage (MA), cambiarse de un plan MA a Medicare Original o cambiarse de Medicare Original a un plan MA. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Período de inscripción especial (SEP) para quienes reciben un subsidio por bajos ingresos (LIS): los beneficiarios que reciben Ayuda Adicional pueden cambiarse de plan una vez por trimestre durante los primeros nueve meses del año (de enero a marzo, de abril a junio y de julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Es posible inscribirse en un nuevo plan Medicare Advantage, cambiarse de un plan MA a Medicare Original o cambiarse de Medicare Original a un plan MA con un plan de la Parte D.

Consejos para los cambios entre Medicare Original y Medicare Advantage

- De Medicare Advantage a Medicare Original: seleccione un plan de la Parte D que funcione con Medicare Original e inscríbase. Con esto, se cancelará su inscripción en el plan MA. Considere si obtener una cobertura suplementaria, como Medigap.
- De un plan Medicare Advantage a otro: inscríbase en el plan Medicare Advantage que desee. Con esto, se cancelará su inscripción en el plan MA anterior.
- De Medicare Original a Medicare Advantage: inscríbase en el plan Medicare Advantage que desee. Con esto, se cancelará su inscripción en el plan de la Parte D que funciona con Medicare Original. Tal vez sea conveniente que cancele la cobertura suplementaria.

Apelaciones de Medicare Advantage

Las apelaciones de decisiones del plan de no brindar o pagar un servicio están a cargo del Departamento de Apelaciones del plan. El proceso de apelaciones para personas inscritas en un plan Medicare Advantage puede variar. Esto depende de si aún no recibió el servicio, si ya recibió el servicio o si se trata de una apelación de denegación de medicamentos recetados. Preste atención a la fecha límite para presentar una apelación.

Los inscritos en un plan Medicare Advantage a quienes se les deniegue la cobertura de un artículo o un servicio de salud antes de que lo reciban pueden presentar una apelación ante el plan para que reconsidere su decisión. Siga los pasos que se indican en el Aviso de denegación de cobertura médica (Notice of Denial of Medical Coverage).

Si un plan Medicare Advantage deniega la cobertura de un artículo o un servicio de salud que usted ya recibió, puede elegir presentar una apelación ante el plan para que reconsidere su decisión. Siga los pasos que se indican en la Explicación de Beneficios o en el Aviso de denegación de pago (Notice of Denial of Payment)

Las apelaciones de denegación de cobertura de medicamentos recetados son las mismas, ya sea que esté inscrito en Medicare Original o en un plan Medicare Advantage. Consulte la página 33 para obtener información sobre las apelaciones de cobertura de la Parte D.

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.

Si quiere presentar una queja sobre la calidad de la atención o si considera que los servicios de Medicare Parte A o Parte B finalizan demasiado pronto (por ejemplo, si le dan el alta del hospital antes de tiempo), comuníquese con Livanta al 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

Preguntas frecuentes sobre los planes Medicare Advantage

¿Cuáles son mis gastos de bolsillo en un plan Medicare Advantage?

Cada plan Medicare Advantage fija sus propias primas y costos compartidos. Es posible que deba pagar una prima mensual directamente al plan, que se suma a la prima mensual de Medicare Parte B. Todos los requisitos de costos compartidos deben indicarse de manera clara en su tarjeta de beneficios o en el Resumen de Beneficios. Si tiene dudas, comuníquese con el plan. **Es posible que se apliquen copagos, coseguros y deducibles a los servicios de salud. Asegúrese de conocer los diferentes gastos de bolsillo para consultas de atención primaria, consultas con especialistas, internaciones en el hospital, medicamentos recetados y otros servicios.**

Todos los planes Medicare Advantage deben fijar un límite sobre cuánto tendrá que pagar de su bolsillo en un determinado año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, que se denomina “monto máximo de gastos de bolsillo” (MOOP). En 2022, el MOOP no puede superar los \$7,550 para servicios dentro de la red en los planes de HMO y los \$11,300 para servicios dentro y fuera de la red en los planes de PPO.

¿Qué ocurre con los servicios de emergencia?

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

¿Cómo presento una queja sobre la calidad de la atención?

Si su queja está relacionada con la calidad de la atención médica que recibe, debe seguir los procedimientos de quejas de su plan. También puede presentar su caso ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad del Centro de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia de Medicare (BFCC-QIO), Livanta en el estado de Nueva York, cuyos médicos y otros profesionales revisan la atención brindada a los pacientes de Medicare. Para comunicarse con Livanta, llame al 1-866-815-5440.

¿Cuál es la diferencia de obtener servicios de Medicare Original frente a Medicare Advantage?

Con Medicare Original, el beneficiario puede obtener servicios necesarios por razones médicas de cualquier proveedor de Medicare en cualquier parte de Estados Unidos. Medicare establece las tarifas de esos servicios y cubre el 80 % de la mayoría de los costos. El beneficiario debe pagar el resto. El seguro suplementario de Medicare, también conocido como Medigap (consulte la página 18), puede cubrir todos o la mayoría de los costos que le corresponde pagar al beneficiario. Los planes Medicare Advantage son planes de atención administrada y funcionan de manera diferente. Tienen sus propias estructuras de costos, que pueden incluir primas, deducibles, copagos y montos máximos de gastos de bolsillo.

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's 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.

¿Cómo decido si inscribirme en un plan Medicare Advantage y qué plan podría ser adecuado para mí?

Antes de inscribirse en un plan, debe considerar lo siguiente: la participación en el plan de los hospitales y los médicos de los que actualmente recibe servicios, la cobertura de medicamentos recetados del plan, los costos y el área geográfica de servicio. Es fundamental que revise esta información cada año durante el período de elección anual (del 15 de octubre al 7 de diciembre).

1. **Participación de los médicos en el plan:** consulte con sus médicos en qué planes participan y si aceptan nuevos pacientes de Medicare con ese plan. Aunque ya tenga una relación establecida con un médico en particular, es necesario que se asegure de que lo aceptará como paciente nuevo en ese plan. Confirme la participación de los proveedores cada año.
2. **Participación del hospital en el plan:** asegúrese de que los hospitales donde recibe atención y otros a los que le gustaría acceder participen en el plan o usted pueda acceder a ellos fuera de la red.
3. **Cobertura de medicamentos recetados:** verifique de qué manera el plan cubrirá sus medicamentos recetados (restricciones de la lista de medicamentos cubiertos, costos) con el Buscador de planes de Medicare (consulte la página 32).
4. **Costos:** recibir atención a través de un plan Medicare Advantage probablemente le cueste menos que recibir atención a través de Medicare Original. Además, los planes Medicare Advantage pueden cubrir servicios que Medicare Original no cubre, como atención dental y de la vista de rutina, y audífonos. Antes de inscribirse, investigue la estructura de costos (primas, copagos, deducible, monto máximo de gastos de bolsillo) del plan Medicare Advantage.
5. **Área geográfica de servicio:** los planes de HMO brindan servicios en áreas geográficas definidas, pero también deben cubrir la atención de emergencia fuera de su área de servicio. Si prevé que estará fuera del área de servicio de un plan de HMO por un período determinado, verifique si tendrá cobertura en ese lugar. Las áreas de servicio de los planes de PPO y de HMO-POS son menos restrictivas, pero también debe saber cuáles son.
6. **Calificación con estrellas:** cada plan tiene una calificación con estrellas (de calidad) según criterios medidos por Medicare.

¿Necesitaré una póliza de seguro suplementario de Medicare?

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage, no necesitará una póliza de seguro suplementario de Medicare (“Medigap”), ya que este seguro solo funciona con Medicare Original. Si decide inscribirse en un plan Medicare Advantage y ya tiene una póliza de Medigap, tal vez le convenga conservarla temporalmente mientras determina si el plan Medicare Advantage le resulta satisfactorio. Conforme a las leyes del estado de Nueva York, siempre podrá comprar una póliza de Medigap si abandona un plan Medicare Advantage y regresa a Medicare Original; sin embargo, podría tener un período sin cobertura para una afección existente si tiene una interrupción en la cobertura. Para obtener más información sobre Medigap, consulte la página 18.

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 PARTE D: COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Medicare Parte D es una cobertura que se ofrece a través de compañías de seguro privadas para ayudar a los beneficiarios con el costo de los medicamentos recetados.

Los planes de medicamentos recetados de Medicare están disponibles para todas las personas con Medicare (Parte A o Parte B). La Parte D es un beneficio opcional y voluntario. Los beneficiarios de Medicare no tienen la obligación de unirse a un plan, aunque podría aplicarse una multa por inscripción tardía.

Medicare Parte D se ofrece a través de compañías privadas que tienen un contrato con el Gobierno federal para brindar cobertura de medicamentos de Medicare Parte D a los beneficiarios de Medicare. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) regulan los planes y las categorías de medicamentos cubiertos. Cada plan de la Parte D tiene su propia lista de medicamentos cubiertos y de farmacias participantes, así como sus propios procedimientos, que los beneficiarios deben seguir para obtener la cobertura de un medicamento nuevo o de un medicamento que necesitan para atender sus necesidades especiales.

Puede obtener cobertura de Medicare Parte D de las dos siguientes maneras:

1. **A través de un plan independiente de medicamentos recetados (PDP):** los PDP funcionan con Medicare Original y SOLO cubren medicamentos recetados.
2. **A través de un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD):** son planes de atención administrada, como planes de HMO, PPO, HMO-POS o SNP, que ofrecen paquetes de beneficios integrales que cubren servicios de hospitales, médicos y especialistas, gastos de farmacia y medicamentos recetados. Si se inscribió en un plan Medicare Advantage y quiere tener cobertura de la Parte D, debe obtenerla a través de su plan Medicare Advantage.

Quienes elijan inscribirse en un plan de la Parte D tendrán que pagar una prima mensual y una parte del costo de los medicamentos recetados. Los planes varían según qué medicamentos recetados tengan cobertura (lista de medicamentos cubiertos), cuánto debe pagar usted (prima, deducible, copagos) y en qué farmacias puede obtener los medicamentos (red). Todos los planes de medicamentos deben brindar, como mínimo, un nivel estándar de cobertura, que establece Medicare. Sin embargo, algunos planes ofrecen beneficios mejorados y pueden cobrar una prima mensual más alta. Cuando se inscriba en un plan, es importante que elija uno que se ajuste a sus necesidades de medicamentos recetados.

Los beneficiarios con ingresos más altos (en 2022, más de \$91,000 si es una persona o \$182,000 si es una pareja) pagarán un recargo por la Parte D, además de la prima del plan. El recargo varía de \$12.40 a \$77.90 por mes, en 2022, y se paga de la misma manera que la prima de la Parte B, normalmente como una deducción del cheque del Seguro Social del beneficiario (consulte la página 56 para ver el cuadro de tarifas).

Si bien el esquema de beneficios de los planes de la Parte D varía, en 2022, todos incluyen lo siguiente:

- **Deducible** (hasta \$480 en 2022). Es el monto que debe pagar de su propio bolsillo antes de que el plan le ayude a pagar el costo de los medicamentos. Algunos planes tienen un deducible más bajo o no tienen ningún deducible.
- **Nivel de cobertura inicial.** Usted paga un copago fijo de hasta el 25 % del costo de los medicamentos, por un máximo de \$4,430 (en 2022) en costos totales de medicamentos. (Los costos totales de medicamentos incluyen el monto que paga usted y el monto que paga el plan por el medicamento).
- **Período sin cobertura.** Cuando haya alcanzado los \$4,430 (en 2022) en costos totales de medicamentos, normalmente paga el 25 % del costo de los medicamentos genéricos y de marca (más una tarifa nominal de despacho en la farmacia), hasta que **usted** haya pagado \$7,050 (en 2022) en costos reales de su bolsillo (TrOOP).

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Esto incluye el deducible (si hubiera) más los copagos o coseguros pagados antes de alcanzar el período sin cobertura, la mayor parte del costo de los medicamentos de marca comprados en el período sin cobertura y los gastos de bolsillo por medicamentos genéricos comprados en el período sin cobertura.

- **Cobertura catastrófica.** Después de alcanzar los \$7,050 en TrOOP (en 2022), usted paga el 5 % del costo de los medicamentos o un copago fijo de \$3.95 por medicamentos genéricos y de \$9.85 por medicamentos de marca (en 2022), el monto que sea mayor.

Inscripción en Medicare Parte D

Para inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare, debe elegir un plan de la Parte D (PDP) que trabaje con Medicare Original o un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados (MA-PD). Si quiere comparar planes, ingrese a www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE. También puede comunicarse con el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP) y pedir ayuda.

Puede inscribirse en la Parte D durante su período de inscripción inicial (IEP) de siete meses (consulte la página 6). Además, puede inscribirse o cambiar de plan una vez al año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, durante el período de elección anual (AEP), y la fecha de entrada en vigencia será el 1 de enero.

En ciertos casos, los beneficiarios también pueden tener derecho a un **período de inscripción especial (SEP)** para inscribirse en un plan de la Parte D o cambiarse de plan fuera del AEP. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Las personas que reciben Ayuda Adicional o un subsidio por bajos ingresos (LIS) pueden cambiarse de plan una vez por trimestre calendario durante los primeros nueve meses del año (de enero a marzo, de abril a junio y de julio a septiembre). El cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.
- Los miembros con cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) pueden cambiar de plan de la Parte D una vez por año calendario (consulte la página 35) además del AEP.
- Las personas inscritas en un plan Medicare Advantage (con o sin la Parte D) pueden cambiarse a otro plan Medicare Advantage (con o sin la Parte D) o a Medicare Original con o sin cobertura de medicamentos de la Parte D entre el 1 de enero y el 31 de marzo.
- Las personas que tengan un cambio permanente de residencia pueden inscribirse en un plan de la Parte D o cambiarse de plan. Esto incluye a quienes se muden a otro condado donde tengan disponibles nuevas opciones de planes de la Parte D, quienes regresen a Estados Unidos después de vivir en el extranjero y quienes salgan de prisión.
- Las personas que ingresen a un centro de atención a largo plazo (incluidos los centros de enfermería especializada), que actualmente residan o que salgan de allí pueden inscribirse en un plan de la Parte D o cambiarse de plan.
- Las personas que cancelen la inscripción en la cobertura de su empleador o sindicato, incluida la cobertura de COBRA, pueden inscribirse en un plan de la Parte D.
- Las personas inscritas en un plan de medicamentos recetados que se retire de su área de servicio pueden inscribirse en otro plan.

Puede solicitar inscribirse en un plan de Medicare Parte D de varias maneras:

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

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

Multa por inscripción tardía

- Incluso los beneficiarios de Medicare que actualmente no tomen muchos medicamentos recetados deberían considerar comprar un plan de la Parte D. Si no tienen una cobertura válida de medicamentos (una cobertura que sea, al menos, igual de buena que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) y eligen inscribirse más adelante, tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. La multa equivale al 1 % de la “prima de beneficiario base nacional” (\$33.37 en 2022) por cada mes completo en el que estos beneficiarios no hayan estado inscritos en un plan de medicamentos recetados de Medicare y hayan estado sin cobertura válida desde que fueron elegibles por primera vez. Deberán pagar esta multa mientras tengan cobertura de la Parte D. Si los beneficiarios tuvieron una cobertura válida y el período entre la fecha en que finalizó esa cobertura y la fecha en que empieza la cobertura de Medicare Parte D no suma más de 63 días, no tendrán que pagar la multa. La multa por inscripción tardía no se aplica a las personas que reciben Ayuda Adicional completa o parcial (consulte la página 33).
- Quienes se inscriban en la Parte D durante su período de inscripción inicial (IEP) no deberán pagar la multa por inscripción tardía. Tampoco deberán pagarla quienes tengan una cobertura válida, por ejemplo, a través de un empleador o sindicato anterior, el Departamento de Asuntos para Veteranos (VA) o TRICARE.

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

Es posible que no necesite inscribirse en un plan de la Parte D si tiene una cobertura válida de medicamentos (cobertura de medicamentos que sea, al menos, igual de buena que el beneficio estándar de medicamentos de la Parte D) a través de un empleador actual o anterior. El empleador actual o anterior debe informarle por escrito si su cobertura de medicamentos es “válida”. Si lo es, tal vez no sea conveniente que también se inscriba en un plan de la Parte D, ya que esto podría poner en riesgo su cobertura de medicamentos del empleador o para jubilados, e incluso otros beneficios para jubilados. Si no recibe una carta, comuníquese con el empleador para determinar si debe inscribirse en un plan de la Parte D.

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

La cobertura de la Parte D es opcional, pero tenga en cuenta que las necesidades relacionadas con los medicamentos pueden cambiar y, si la suya cambia, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial, tendrá que esperar hasta el período de elección anual (AEP), desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, para inscribirse en un plan que entrará en vigencia el siguiente mes de enero. Además, si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía. Teniendo en cuenta todo esto, tal vez le convenga inscribirse en el plan menos costoso.

¿Cómo elijo un plan de la Parte D?

Para seleccionar un plan de la Parte D, lo mejor es que use el Buscador de planes en www.medicare.gov. Puede iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña de la cuenta de Medicare o hacer una búsqueda general, donde no tiene que ingresar información que lo identifique.

Siga las indicaciones del Buscador de planes para ingresar bien todos los medicamentos que toma actualmente o prevé que tomará el año próximo, junto con las dosis y cantidades que necesita. Lo mejor es que le pida a su farmacéutico una lista de los medicamentos que toma antes de empezar este proceso.

Puede seleccionar varias farmacias que desee incluir en la búsqueda. Una vez que haya ingresado toda la información, el Buscador de planes le permitirá seleccionar qué tipo de plan desea ver, es decir, planes de la Parte D que trabajan con Medicare Original o planes Medicare Advantage. Puede usar varias herramientas para filtrar los resultados de la búsqueda. Es importante que considere los detalles de cada plan para saber qué restricciones puede tener, en caso de que haya alguna.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

También es recomendable que llame al proveedor del plan para verificar la información.

Cuando haya seleccionado el plan apropiado para usted, puede inscribirse por Internet o llamando a Medicare (1-800-MEDICARE) o al proveedor del plan de la Parte D. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a usar el Buscador de planes.

Herramientas de administración de la utilización de costos

Para controlar los costos, los planes de medicamentos recetados de Medicare emplean herramientas de administración de la utilización de costos: niveles, autorización previa, terapia en etapas y límites de cantidad.

- **Niveles:** los planes de la Parte D dividen su lista de medicamentos cubiertos en categorías llamadas “niveles”, y le asignan diferentes copagos o coseguros a cada nivel. Normalmente los medicamentos genéricos se asignan a los niveles más bajos y cuestan menos que los medicamentos de marca cubiertos en niveles más altos. Algunos planes incluso pueden eximir el deducible de los medicamentos genéricos de niveles más bajos. De esta manera, fomentan el consumo de medicamentos asignados a los niveles más bajos.
- **Autorización previa:** en algunos casos, antes de cubrir un artículo de la lista de medicamentos cubiertos, el plan podría requerir que el médico se comuniquen para explicar las razones médicas por las que es necesario el medicamento.
- **Terapia en etapas:** es posible que, antes de pagar un medicamento de marca costoso, el plan de la Parte D requiera que el beneficiario pruebe medicamentos menos costosos usados para tratar la misma afección. Si ya ha probado los medicamentos menos costosos, el beneficiario debe hablar con su médico para solicitar una excepción al plan.
- **Límites de cantidad:** por cuestiones de seguridad y costos, es posible que los planes limiten la cantidad de medicamentos que cubren durante un período determinado. Por ejemplo, un plan podría cubrir solo un suministro de hasta 30 días de un medicamento por mes.

Apelaciones de la Parte D

El proceso para una apelación de la Parte D es el mismo, ya sea que tenga cobertura de un plan independiente de la Parte D (PDP) o un plan Medicare Advantage (MA). Si el plan no cubrirá un medicamento que usted considera que necesita o cubrirá el medicamento, pero con el costo compartido de un nivel más alto cuando los medicamentos de un nivel más bajo para tratar la misma afección no son tan eficaces, usted puede:

- Hablar con el profesional que le receta el medicamento para saber si usted podría tomar otro medicamento para tratar su afección que tenga la cobertura del plan (o que se cubra a un nivel más bajo).
- Pedirle al plan que le otorgue una “excepción” para cubrir el medicamento o cubrirlo con el costo compartido de un nivel más bajo.
- Presentar una apelación siguiendo las indicaciones que figuran en el aviso de denegación del plan. Preste atención a la fecha límite para presentar la apelación.

Ayuda Adicional con los costos del plan de medicamentos para las personas con ingresos limitados

El Gobierno federal subsidia el costo del plan de la Parte D para los beneficiarios de Medicare con bajos ingresos y recursos limitados. El subsidio se paga directamente al plan de la Parte D. La ayuda se brinda a través del programa de subsidio por bajos ingresos (LIS), también conocido como Ayuda Adicional, y es administrada por la Administración del Seguro Social (SSA). Las personas inscritas en Medicaid o en un Programa de Ahorros de Medicare reciben automáticamente Ayuda Adicional completa. También puede solicitar Ayuda Adicional directamente ante la SSA.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

La **Ayuda Adicional completa** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 135 % del nivel federal de pobreza y recursos limitados según los límites que se indican a continuación. Los límites de ingresos incluyen un monto adicional de \$20 de ingreso no considerado por mes. Los recursos incluyen un monto adicional de \$1,500 para personas y \$3,000 para parejas, para gastos de funeral o entierro.

Beneficios de la Ayuda Adicional completa:

- Ninguna prima mensual para el plan de la Parte D si seleccionó un plan “de referencia”, es decir, un plan básico cuya prima mensual (hasta \$42.43 en 2022) está totalmente subsidiada por el programa Ayuda Adicional.
- Ningún deducible.
- Menores copagos, según los ingresos. Los beneficiarios con ingresos de hasta el 100 % del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.35 (en 2022) para los medicamentos recetados genéricos y de \$4.00 (en 2022) para los de marca. Los demás beneficiarios que reciban Ayuda Adicional completa tendrán copagos limitados de \$3.95 (en 2022) para los medicamentos recetados genéricos y de \$9.85 (en 2022) para los de marca.

La **Ayuda Adicional parcial** es para beneficiarios con ingresos mensuales de hasta el 150 % del nivel federal de pobreza y recursos según los límites que se indican a continuación. Los límites de ingresos incluyen un monto adicional de \$20 de ingreso no considerado por mes. Los montos de recursos incluyen un adicional de \$1,500 para personas y \$3,000 para parejas, para gastos de funeral o entierro.

Beneficios de la Ayuda Adicional parcial:

- Prima mensual del plan en una escala variable según los ingresos.
- Deducible reducido a no más de \$99.00 (en 2022).
- Copagos reducidos: el 15 % del costo de los medicamentos o el costo compartido del plan, el monto que sea más bajo.

Límites de ingresos y bienes para la Ayuda Adicional (2022)				
	Persona		Matrimonio	
	Ingreso mensual	Bienes	Ingreso mensual	Bienes
Ayuda Adicional completa	\$1,549	\$9,900	\$2,080	\$15,600
Ayuda Adicional parcial	\$1,719	\$15,510	\$2,309	\$30,950

Los asesores del HIICAP pueden ayudarle a verificar si es elegible para recibir Ayuda Adicional. También puede recibir ayuda de la SSA. Para solicitar Ayuda Adicional, llame a la SSA, al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778), o ingrese a www.socialsecurity.gov. Puede solicitar Ayuda Adicional en cualquier momento del año.

Las personas que reciben Ayuda Adicional no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D. Además, pueden cambiar de plan de la Parte D durante el año, fuera del período de elección anual (AEP). Consulte la página 31 para obtener más información.

Es posible que algunas personas que son automáticamente elegibles para recibir Ayuda Adicional no estén inscritas en un plan de la Parte D. El Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (LINET), administrado por Humana, les brinda una cobertura temporal (o retroactiva) de medicamentos recetados mientras se inscriben en un plan de la Parte D. Es posible que necesiten documentación de la mejor evidencia disponible de que son elegibles para

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

recibir Ayuda Adicional, como la carta adjudicación de Medicaid o de un Programa de Ahorros de Medicare, o un comprobante de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI). Para comunicarse con LINET, llame al 1-800-783-1307.

PROGRAMA DE COBERTURA DE SEGURO FARMACÉUTICO PARA ADULTOS MAYORES DEL ESTADO DE NUEVA YORK

La cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC) es el programa de seguro de medicamentos recetados del estado de Nueva York para personas mayores. Si tiene 65 años o más, vive en el estado de Nueva York y tiene un ingreso de hasta \$75,000 para una persona o de \$100,000 para un matrimonio, probablemente sea elegible para EPIC. La mayoría de las farmacias del estado de Nueva York forman parte del programa EPIC.

Para participar en EPIC, debe tener cobertura de la Parte D (PDP o MA-PD), pero si aún no tiene la Parte D y se inscribe en EPIC, puede seleccionar un plan de la Parte D en ese momento. Las personas que reciben los beneficios completos de Medicaid no son elegibles para EPIC (quienes tienen un exceso de ingresos [*spend-down*] de Medicaid aún pueden ser elegibles).

EPIC funciona como cobertura secundaria de Medicare Parte D para reducir los costos de los medicamentos. Los miembros de EPIC deben presentar su tarjeta de la Parte D y su tarjeta de EPIC en la farmacia cada vez que compren un medicamento recetado. Una vez que se alcanza el deducible de la Parte D, EPIC brinda la cobertura secundaria. EPIC también cubre los medicamentos aprobados excluidos de la Parte D, entre ellos, las vitaminas recetadas y los medicamentos para la tos y el resfriado.

Planes de tarifas y de deducible de EPIC

Dentro de EPIC, hay dos planes: el plan de tarifas y el plan de deducible. Los solicitantes no pueden elegir en qué plan inscribirse; EPIC toma esta decisión según los ingresos de la persona o la pareja.

Plan de tarifas de EPIC: es para personas con ingresos anuales de hasta \$20,000 y matrimonios con ingresos de hasta \$26,000. En el plan de tarifas, los participantes pagan una tarifa anual establecida según una escala variable que depende de sus ingresos del año anterior. Las tarifas se facturan trimestralmente. (Las tarifas de EPIC se eximen para los miembros que reciben Ayuda Adicional completa).

Después de pagar la tarifa, los participantes pagan el copago de EPIC (que varía de \$3 a \$20) para sus medicamentos, que se basa en el costo compartido del plan de la Parte D.

Además, EPIC paga la prima mensual de la Parte D de los miembros del plan de tarifas, hasta \$42.43 por mes en 2022.

Plan de deducible de EPIC: es para personas con ingresos anuales de \$20,001 a \$75,000 y matrimonios con ingresos de \$26,001 a \$100,000. Los participantes del plan de deducible pagan sus medicamentos recetados hasta alcanzar el deducible de EPIC, que depende de sus ingresos del año anterior. Una vez alcanzado el deducible, los participantes solo pagan el copago de EPIC. Para inscribirse en el plan de deducible, no hay que pagar una tarifa.

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 paga la prima mensual de la Parte D (hasta \$42.43 por mes en 2022) de los miembros del plan de deducible con ingresos de hasta \$23,000 para personas o \$29,000 para matrimonios. Los miembros del plan de deducible con ingresos más altos deben pagar sus primas de la Parte D, pero el deducible de EPIC se reducirá según el costo anual de un plan básico de la Parte D (\$510 en 2022).

Una vez que los miembros alcancen el deducible, lo único que tendrán que pagar es el copago de EPIC para medicamentos cubiertos, que se basa en los copagos del plan de la Parte D. Los costos de medicamentos que se paguen en la fase del deducible de la Parte D NO se consideran para el deducible de EPIC.

CONSEJOS

- ✓ A los miembros de EPIC que no reciben Ayuda Adicional tal vez les convenga considerar un plan de la Parte D sin deducible o con un deducible más bajo, ya que EPIC no cubre los medicamentos recetados que se compran durante el período de deducible del plan de la Parte D.
- ✓ La inscripción en EPIC y los copagos de EPIC no se reflejan en el Buscador de planes de www.medicare.gov.

¿Cómo funciona EPIC con Medicare Parte D?

Conforme a las leyes de Nueva York, los miembros de EPIC también deben estar inscritos en un plan de Medicare Parte D (consulte la información sobre Medicare Parte D en la página 30). Por lo tanto, las personas que, por algún motivo, no puedan inscribirse en la Parte D no son elegibles para EPIC.

Puede inscribirse en EPIC en cualquier momento del año. Si no tiene un plan de la Parte D al momento de la inscripción en EPIC, puede inscribirse en un plan de la Parte D más adelante.

La cobertura de la Parte D es primaria y la cobertura de EPIC siempre es secundaria. El copago de EPIC depende del saldo que quede después de que el plan de la Parte D pague lo que le corresponde; de esta manera, se reducen los costos de la persona inscrita. Por ejemplo, si usted compra un medicamento y debe pagar un copago de \$20 con su cobertura de la Parte D, y tiene EPIC, tendría que pagar el copago de EPIC por un medicamento de \$20, es decir, \$7. Si los medicamentos primero están cubiertos por el plan de la Parte D, la cobertura de EPIC se brindará después de que usted haya alcanzado su deducible de la Parte D. Esto incluye el nivel de cobertura inicial, el período sin cobertura y el nivel de cobertura catastrófica. EPIC será el pagador secundario para los miembros de un plan de la Parte D que usen farmacias que participen en EPIC, incluidas la mayoría de las farmacias de venta minorista del estado de Nueva York y algunas farmacias de pedido por correo.

EPIC es el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) del estado de Nueva York. Los miembros del SPAP tienen un período de inscripción especial que les permite a los participantes inscribirse en un plan de la Parte D o cambiar de plan (ya sea un plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D o un plan de la Parte D que funcione con Medicare Original) una vez cada año, además del período de elección anual.

EPIC y Ayuda Adicional

Conforme al programa EPIC, los miembros que parezcan ser elegibles para recibir Ayuda Adicional según los ingresos deben proporcionar información adicional sobre sus ingresos, activos y recursos actuales. De esta manera, EPIC puede solicitar la Ayuda Adicional en su nombre ante la Administración del Seguro Social. Luego, la solicitud de Ayuda Adicional se enviará al programa Medicaid del estado de Nueva York a fin de evaluar la elegibilidad para un Programa de Ahorros de Medicare (consulte la página 38) que ayude a pagar las primas de Medicare Parte B.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Copagos de medicamentos cubiertos por Medicare Parte D y EPIC:

Costo del medicamento recetado (después de presentarlo ante el plan de Medicare Parte D)	Copago de EPIC
Hasta \$15	\$3
De \$15.01 a \$35	\$7
De \$35.01 a \$55	\$15
Más de \$ 55	\$20

EPIC y la cobertura de medicamentos del empleador o para jubilados

EPIC requiere la inscripción en un plan de la Parte D, y es poco probable que quienes tienen cobertura de medicamentos del empleador o para jubilados participen en el programa EPIC, ya que la inscripción en un plan de la Parte D muy probablemente afectaría la cobertura del empleador o para jubilados. Sin embargo, algunas veces, la cobertura de medicamentos del empleador o para jubilados se considera un plan de la Parte D, en cuyo caso la persona también podría participar en EPIC. **Consulte con el administrador de beneficios y averigüe qué cobertura de medicamentos tiene.**

Cómo solicitar el programa EPIC

- Llame a EPIC, al 1-800-332-3742 (TTY: 1-800-290-9138), y pida un formulario de solicitud.
- Viste https://www.health.ny.gov/health_care/epic/ y obtenga más información sobre EPIC. También puede hacer un pedido en línea para que EPIC le envíe un formulario de solicitud.
- Haga clic en el siguiente enlace y obtenga un formulario de solicitud de EPIC para rellenar. Deberá imprimirlo. Fírmelo y envíelo al programa EPIC por fax o por correo para que lo procesen. <https://www.health.ny.gov/forms/doh-5080-fillin.pdf>.
- Rellene el formulario de solicitud de EPIC y envíelo por fax al 518-452-3576 o por correo a EPIC, P.O. Box 15018, Albany, NY 12212-5018.

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.

PROGRAMAS DE AHORROS DE MEDICARE

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP) pueden ayudar a las personas elegibles a pagar sus primas de Medicare y otros costos asociados a Medicare. En la ciudad de Nueva York, los MSP son gestionados por la Administración de Recursos Humanos (HRA). Puede solicitar un MSP en cualquier momento del año. Los MSP se autorizan para 12 meses. La HRA envía paquetes de renovación cada año para evaluar la continuidad de la elegibilidad.

A continuación, se describen los diferentes Programas de Ahorros de Medicare, los límites de ingresos y cómo solicitarlos.

- **Programa Beneficiario de Medicare Calificado (QMB):** este programa puede pagar la prima de Medicare Parte A o Parte B, y eliminar el coseguro y los deducibles de la Parte A y la Parte B. Una persona puede ser elegible para QMB solamente, o para QMB y Medicaid.
 - La condición de participante en el programa QMB figura en el Resumen de Medicare, donde se indica claramente que el beneficiario de QMB no debe pagar ningún costo compartido de Medicare.
 - Los beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario, cuando sean elegibles para Medicare, deben quedar inscritos de manera automática en el programa QMB y en Medicare Parte A y Parte B.
- **Programa Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados (SLMB):** este programa paga la prima de Medicare Parte B. Se pueden recibir beneficios de SLMB solamente, o de SLMB y Medicaid (con exceso de ingresos [*spend-down*]). Para poder participar en el programa SLMB, los solicitantes deben tener Medicare Parte A.
- **Individuo Calificado (QI):** este programa paga la prima de Medicare Parte B. No se pueden recibir beneficios de QI y de Medicaid al mismo tiempo. Para poder participar en el programa QI, los solicitantes deben tener Medicare Parte A.

Programa de Ahorros de Medicare para 2022	Ingreso mensual	
	Persona	Pareja
QMB: Beneficiario de Medicare Calificado El estado de Nueva York paga las primas, los deducibles y los coseguros de quienes son automáticamente elegibles para la Parte A.	\$1,153	\$1,546
SLMB: niveles de Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados El estado solo paga la prima de Medicare Parte B.	\$1,379	\$1,851
QI: Individuo Calificado El estado solo paga la prima de Medicare Parte B.	\$1,549	\$2,080

Nota: Los montos indicados anteriormente incluyen un monto estándar de \$20 de ingreso no considerado.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Cómo solicitar un Programa de Ahorros de Medicare

- Puede solicitar un MSP a través de un asistente de inscripción o un agente autorizado, en la oficina local de Medicaid, o por correo o fax.
 - Ingrese a <https://www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf> o llame al 347-396-4705 para encontrar un asistente de inscripción que pueda ayudarle a rellenar la solicitud.
 - Un agente autorizado le ayudará a rellenar la solicitud y a recopilar los documentos de respaldo necesarios. Para programar una cita con un asesor del HIICAP autorizado, llame a Aging Connect, al 212-AGING-NYC (212-244-6469), y pida que lo comuniquen con el HIICAP. También puede comunicarse con Medicare Rights Center (Centro de Derechos de Medicare) al 1-800-333-4114.
 - Rellene la solicitud y envíela con copias de los documentos de respaldo: Medical Assistance Program; MSP-CREP, 5th Floor; P.O. Box 24330; Brooklyn, NY 11202-9801. Durante la situación de emergencia de salud pública, puede enviar la solicitud por fax al 917-639-0732.

¿Qué solicitud presento?

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

¿Qué se considera un ingreso al solicitar un MSP?

- Los ingresos incluyen el salario de un empleador o un trabajo por cuenta propia. También incluyen los fondos que se reciben mensualmente, como beneficios del Seguro Social, pensiones, beneficios de veteranos, seguro por desempleo, etc., así como las distribuciones regulares de una cuenta individual de jubilación (IRA), 401K, 403B u otra cuenta de jubilación.
- Hay ciertos ingresos no considerados que pueden reducir el monto que se cuenta al determinar la elegibilidad para un MSP. Esto puede incluir las primas de seguro de salud pagadas, por ejemplo: primas de Medigap, de seguro de atención a largo plazo, de seguro de salud para jubilados, y de planes de seguro dental o de la vista.

Nota: El MSP exige que usted cobre algún beneficio del Seguro Social para el que sea elegible, a menos que se demore en recibir estos beneficios porque trabaja a tiempo completo. (Este requisito se ha suspendido temporalmente durante la situación de emergencia de salud pública).

Consejos para el Programa de Ahorros de Medicare:

- Quienes participan en un MSP son automáticamente elegibles para recibir Ayuda Adicional completa a fin de reducir los costos de los medicamentos de Medicare Parte D (consulte la página 33).
- Si solicita Ayuda Adicional a través de la Administración del Seguro Social, esta enviará su información al estado de Nueva York para que se considere si usted es elegible para un MSP.
- Aunque todavía trabaje, usted podría reunir los requisitos para un Programa de Ahorros de Medicare debido a los ingresos no considerados. Al determinar la elegibilidad para un MSP, se considera menos de la mitad de los ingresos del trabajo.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

FRAUDE Y ABUSO CONTRA MEDICARE

El Gobierno federal estima que se pierden miles de millones de dólares —aproximadamente el 10 % del dinero gastado en Medicare— a causa de fraude, derroche y abuso. Se alienta a los beneficiarios de Medicare a que estén alerta e informen si observan cargos sospechosos en la facturación.

¿Qué es el fraude?

“Fraude” es el acto de obtener o intentar obtener servicios o pagos por medios fraudulentos de manera intencional, deliberada y con pleno conocimiento de lo que se hace. Ejemplos de fraude:

- Comisiones, sobornos o descuentos.
- Uso de la tarjeta o el número de Medicare de otra persona para obtener servicios.
- Facturación de artículos o servicios que, en realidad, no se brindaron.
- Facturación del mismo servicio dos veces en la misma fecha o en una fecha diferente.
- Facturación de servicios no cubiertos, como atención dental, servicios de podología de rutina, servicios de audiología, exámenes de la vista de rutina, etc., y hacerlos pasar por servicios cubiertos.
- Facturación a Medicare y a otra compañía de seguros, o a Medicare y al paciente en un intento deliberado de recibir el pago dos veces.

¿Qué es el abuso?

“Abuso” son incidentes y prácticas que, si bien no son fraudulentos, pueden ocasionar pérdidas para el programa Medicare. Ejemplos de abuso:

- Uso excesivo de servicios médicos y de salud.
- Prácticas inapropiadas de facturación.
- Mayores cargos para los beneficiarios de Medicare, pero no para otros pacientes.
- Omisión de ajustes en las cuentas cuando se detectan errores.
- Omisión habitual del deducible de Medicare Parte B y el coseguro del 20 %.

Medicare: qué hacer y qué no hacer

- Nunca le dé su número de Medicare a personas que no conoce. Haga una denuncia ante Medicare si cree que alguien le ha robado su identificador de beneficiario de Medicare (MBI).
- Tenga cuidado con los planes de salud privados, médicos y proveedores que usen llamadas telefónicas no deseadas o campañas de puerta a puerta para venderle productos y servicios.
- No confíe en las personas que llamen y se identifiquen como personal de Medicare. Medicare no hace llamadas a los beneficiarios ni a casas particulares.
- Tenga cuidado con las compañías que ofrecen regalos a cambio de su número de Medicare.
- Tenga cuidado con los proveedores de atención médica a domicilio que ofrecen transporte por cuestiones no médicas o tareas domésticas como servicios aprobados por Medicare.
- No confíe en las personas que afirmen conocer maneras de hacer que Medicare pague por un servicio no cubierto.
- Lleve un registro de sus consultas con el médico y el procesamiento de sus facturas. Para ello, compare el Resumen de Medicare y las notificaciones de otros seguros con la atención que realmente recibió.

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.

Esté alerta a lo siguiente:

- Pagos duplicados por el mismo servicio.
- Servicios que no recuerda haber recibido.
- Facturación de servicios diferentes de los que recibió.
- Pagos de Medicare por un servicio que usted ya le pagó al proveedor.

Cómo denunciar casos de fraude a Medicare

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

- Nombre del proveedor o de la compañía y cualquier número de identificación que figure junto al nombre.
- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Fecha del servicio.
- Tipo de servicio o artículo reclamado.
- Monto aprobado y pagado por Medicare.
- Fecha del Resumen de Medicare.
- Una breve descripción del problema. Intente ser lo más específico posible.

Cuando colabora con el programa Medicare para descubrir prácticas de fraude o abuso, ayuda a Medicare —y se ayuda a usted mismo— a ahorrar dinero.

Para denunciar casos de fraude y abuso contra Medicare, llame a Senior Medicare Patrol (SMP), al 1-800-333-4374.

Para denunciar casos de fraude y abuso contra planes de Medicare Parte D, llame al Contratista para la Integridad del Uso de Medicamentos de Medicare (MEDIC), al 1-877-7SafeRx (1-877-772-3379).

¡El fraude y el abuso son un problema de todos, y todos pueden ayudar!

ROBO DE IDENTIDAD

La **Comisión Federal de Comercio** (FTC) ofrece información sobre cómo proteger la identidad. Comuníquese con la FTC para obtener información o presentar una denuncia. Llame al 1-877-438-4338 o ingrese a www.consumer.gov/scams.

Proteja su número de Medicare y del Seguro Social, así como su fecha de nacimiento y cualquier otra información personal, como información bancaria o de tarjetas de crédito. Sea minucioso, haga preguntas a quienes le pidan esta información y no dude en averiguar sobre la legitimidad de por qué necesitan esta información. Sea un consumidor informado y proactivo.

MEDICAID ELIGIBILITY FOR 65+, BLIND, OR DISABLED

Non-MAGI Medicaid

Medicaid is a joint federal, state, and city government health insurance program for low-income individuals. Medicaid is a “means tested” program, requiring applicants to prove financial need 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

ELEGIBILIDAD PARA MEDICAID DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, CIEGAS O CON DISCAPACIDADES

Medicaid sin MAGI

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal, estatal y de la ciudad de seguro de salud para personas con bajos ingresos. Medicaid es un programa que evalúa los recursos de los solicitantes, quienes deben demostrar una necesidad económica para ser elegibles. Una vez que se determina que una persona es elegible para Medicaid, se emite una tarjeta plástica de Medicaid permanente, que es válida mientras la persona siga siendo elegible. Además de las pautas económicas, Medicaid exige que los solicitantes sean ciudadanos de los EE. UU. o extranjeros que reúnan los requisitos. Las personas que soliciten Medicaid en la ciudad de Nueva York deben residir en esta ciudad.

SERVICIOS QUE CUBRE MEDICAID

- Servicios de emergencia y hospital.
- Servicios preventivos.
- Servicios de cuidado personal.
- Servicios de administración de casos.
- Medicamentos recetados aprobados.
- Fisioterapia.
- Rehabilitación del habla y de la audición.
- Servicios relacionados con la tuberculosis.
- Servicios de salud mental.
- Servicios de enfermería privada.
- Audífonos.
- Servicios de diagnóstico.
- Servicios ocupacionales.
- Servicios clínicos.
- Servicios de exámenes de detección.
- Servicios de rehabilitación.
- Cuidado de hospicio.
- Anteojos y servicios de optometría.
- Servicios dentales y dentaduras postizas.
- Prótesis.
- Transporte.
- Atención médica a domicilio.

El lugar y la manera de solicitar Medicaid dependen de su “categoría”: las personas mayores de 65 años, que son ciegas o tienen una discapacidad deben presentar la solicitud a través de la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de Nueva York; las personas menores de 65 años, que no son ciegas y no tienen discapacidades deben hacerlo a través de NY State of Health (NYSoH). En esta sección, se analiza cómo deben solicitar Medicaid las personas mayores de 65 años, ciegas o con discapacidades. Consulte la página 47 si quiere información sobre Medicaid para personas menores de 65 años, que no son ciegas y no tienen discapacidades.

Las personas mayores de 65 años, que son ciegas o tienen una discapacidad pueden reunir los requisitos para Medicaid de diferentes maneras, según los servicios que soliciten.

- **Community Medicaid (Medicaid en la comunidad)** es la cobertura de seguro de salud que usan las personas que viven en su hogar.
- **Institutional Medicaid (Medicaid institucional)** brinda cobertura de salud completa Y paga la atención en un hogar de ancianos para residentes de tiempo completo. (Esto es diferente de la atención en un centro de enfermería especializada, que es temporal y está cubierta por Medicare Parte A.)

COMMUNITY MEDICAID: los requisitos de elegibilidad incluyen un **ingreso mensual máximo** de \$934 para una persona o de \$1,367 para un matrimonio, en 2022, y un límite de **bienes** de \$16,800 (más \$1,500 en un fondo para entierro) para una persona o de \$24,600 (más \$3,000 en fondos para entierro) para un matrimonio.

Medicaid considera los **ingresos** de todos los orígenes, incluidos los salarios y los pagos de pensiones y del Seguro Social. Se aplican ciertas **deducciones de ingresos** autorizadas; por eso, aunque sus ingresos superen estos montos, se recomienda que presente una solicitud. Además, si sus ingresos superan estos montos, tal vez sea elegible para participar en el **Programa de Exceso de Ingresos (Excess Income Program), también conocido como Medicaid Spend-Down.**

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Con este programa, usted le paga a Medicaid el monto de exceso, es decir, el monto por el que supera el límite de ingresos de Medicaid, o presenta facturas de gastos de atención médica que sumen ese monto. Si alcanza el exceso de ingresos (*spend-down*) de cualquiera de estas maneras, tiene derecho a la cobertura completa de Medicaid por el resto del mes.

Bienes: incluyen dinero en efectivo, cuentas bancarias, cuentas de jubilación y acciones. Ciertos bienes no se consideran para estos límites, como su vivienda de residencia principal, su automóvil y sus pertenencias personales. Quienes soliciten Community Medicaid deben documentar sus bienes en el mes de la solicitud; **no hay un período retroactivo de transferencia de bienes para Community Medicaid, a excepción de quienes soliciten servicios de atención a largo plazo en la comunidad.** Para los servicios de atención a largo plazo cubiertos por Medicaid basados en la comunidad, el estado de Nueva York implementará un período retroactivo de 30 meses que se implementará gradualmente a lo largo del tiempo, comenzando con las transferencias realizadas a partir del 1 de octubre de 2020. La implementación de la retroactividad se ha retrasado hasta, al menos, julio de 2022. El período retroactivo se aplicará a las solicitudes nuevas de servicios de atención a domicilio; no se aplicará a las transferencias de bienes de las personas que ya estén inscritas. Las personas que hayan presentado una solicitud de cobertura de atención a largo plazo basada en la comunidad antes de la fecha de entrada en vigencia no tendrán el período retroactivo.

Para obtener una lista completa de cómo Medicaid considera los ingresos y bienes, consulte la Guía de referencia de Medicaid en www.health.ny.gov/health_care/medicaid/reference/mrg/. Si sus ingresos o bienes superan los montos permitidos de Medicaid, tal vez deba considerar la opción de solicitar un Programa de Ahorros de Medicare que le ayude a pagar las primas de Medicare y otros costos asociados a Medicare (consulte la página 38).

Solicitud de Medicaid: los solicitantes deben rellenar el formulario de solicitud de Access NY Health Care, DOH 4220, así como el Complemento A. Obtenga las solicitudes e instrucciones en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/alternative_forms.htm.

¿Dónde presento la solicitud?

Puede elegir dónde y cómo presentar su solicitud de Medicaid:

Comuníquese con un asistente de inscripción cercano para obtener ayuda. Llame al 347-396-4705 o visite www1.nyc.gov/assets/ochia/downloads/pdf/facilitated-enrollers.pdf y consulte la lista de asistentes.

Vaya a su oficina local de Medicaid. Puede pedir ayuda para rellenar el formulario de solicitud en persona en la oficina o entregar un formulario de solicitud que haya rellenado. Para encontrar oficinas de Medicaid cerca de usted, consulte la página 55, llame al 311 y pida que lo comuniquen con la Administración de Recursos Humanos, o visite www1.nyc.gov/site/hra/locations/medicaid-locations.page.

Envíe una solicitud por correo. Rellene la solicitud y envíela por correo con los documentos de respaldo:
Initial Eligibility Unit HRA/Medical Assistance Program
PO Box 24390 Brooklyn, NY 11202-9814

También puede enviar la solicitud por fax al 917-639-0732. O bien, su representante autorizado puede enviar la solicitud por fax al 917-639-0731.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Recertificación: la autorización de Medicaid dura 12 meses. Aproximadamente el noveno mes de cobertura, la Administración de Recursos Humanos envía por correo un paquete de recertificación que se deberá responder para que se determine la continuidad de la elegibilidad.

Cómo eliminar el exceso de ingresos (*spend-down*) para los solicitantes de Medicaid

Las personas de cualquier edad que tengan una discapacidad y que necesiten servicios de Community Medicaid, como atención a domicilio, cuidado diurno de adultos y cobertura de medicamentos recetados, pueden usar todos sus ingresos para pagar los gastos de vida participando en un **fideicomiso para necesidades suplementarias**. Al crear este fideicomiso, se elimina la necesidad de que la persona aporte los montos de exceso de ingresos o *spend-down* a Medicaid. El fondo fiduciario de ingresos conjuntos, administrado por una agencia sin fines de lucro, recibe el ingreso excedente mensual de la persona y lo redistribuye en su nombre para pagar gastos, como renta, servicios públicos, etc., según indique la persona o su representante legal.

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

¿Cómo funcionan Medicaid y Medicare juntos?

Es posible tener Medicare y Medicaid a la vez. Cuando una persona tiene Medicare y Medicaid, se dice que tiene “doble elegibilidad”. Medicare es la cobertura principal y Medicaid, la secundaria. Además de eliminar los requisitos de costo compartido de Medicare, como los deducibles de la Parte A y de la Parte B, y el coseguro del 20 % (cuando se recibe atención de proveedores que aceptan Medicare y Medicaid), Medicaid de Nueva York también ofrece algunos beneficios que no tienen la cobertura del programa Medicare, como atención médica a domicilio y servicios de atención dental y de la vista.

Al igual que todos los beneficiarios de Medicare, los que tienen doble elegibilidad pueden elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare y Medicaid. Es importante confirmar con los proveedores si aceptan la cobertura. Estas son las diferentes maneras en que las personas con doble elegibilidad pueden acceder a sus beneficios de Medicare y Medicaid:

- Medicare Original (tarjeta roja, blanca y azul) + plan Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York) + plan de Medicare Parte D.
- Plan para necesidades especiales (SNP) creado específicamente para personas con doble elegibilidad: los SNP son los planes de HMO que brindan todos los beneficios de Medicare Partes A, B y D.
- Plan Medicare Advantage con cobertura de la Parte D + plan Medicaid de pago por servicios (tarjeta de beneficios del estado de Nueva York).

¿Cómo interactúa Medicaid con Medicare Parte D?

Las personas con doble elegibilidad quedan inscritas de manera automática en el programa de Ayuda Adicional completa (consulte la página 33), y se las inscribirá automáticamente en un plan de la Parte D si no se inscriben en uno por sus propios medios. Quienes tienen doble elegibilidad y están inscritos en planes de la Parte D “de referencia” no pagarán ninguna prima para la cobertura de la Parte D. Las personas con doble elegibilidad e ingresos inferiores al 100 % del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$1.35 para medicamentos genéricos y de \$4.00 para medicamentos de marca en 2022. Quienes tengan ingresos superiores al 100 % del nivel federal de pobreza tendrán copagos de \$3.95 para medicamentos genéricos y de \$9.85 para medicamentos de marca en 2022.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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/.

Por ley, ciertos medicamentos no están cubiertos por la Parte D, como los medicamentos de venta libre y las vitaminas. Estos pueden tener la cobertura de Medicaid con receta médica.

Atención administrada a largo plazo de Medicaid

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

Las personas con doble elegibilidad que necesiten servicios de cuidado personal, de atención a domicilio o de enfermería privada cubiertos por Medicaid primero deben solicitar Medicaid y recibir su aprobación (con o sin exceso de ingresos [*spend-down*]) y, luego, seguir estos pasos:

Llamar a New York Medicaid Choice/Maximus, al 855-222-8350, para que se evalúe si necesita los servicios de atención médica a domicilio.

Si obtiene una aprobación para la atención a largo plazo cubierta por Medicaid, tendrá que inscribirse en un plan de atención administrada a largo plazo de Medicaid. Recibirá por correo un paquete en el que se le informará cuáles son sus opciones y cómo inscribirse. Si no selecciona un plan para usted, se lo inscribirá en un plan de atención administrada a largo plazo (consulte la primera opción a continuación) de manera automática.

Existen **tres tipos** de planes de atención administrada a largo plazo que puede elegir:

Atención administrada a largo plazo (MLTC): los planes de MLTC brindan, principalmente, servicios de atención a largo plazo. Esta es la más flexible de las opciones de planes de atención administrada a largo plazo, ya que las personas inscritas siguen usando sus planes actuales de Medicare y Medicaid para todos los servicios, excepto los de atención a largo plazo.

Medicaid Advantage Plus (MAPlus): los miembros de MAPlus reciben TODOS los servicios de Medicaid Y Medicare, incluidos los servicios de atención a largo plazo, a través del mismo plan y deben acudir a proveedores dentro de la red.

Programas de cobertura total de salud para ancianos (PACE): los miembros del plan PACE reciben todos los servicios de Medicaid y Medicare, incluidos los servicios de atención a largo plazo, a través del mismo plan y deben acudir a proveedores dentro de la red. Los planes PACE y los MAPlus son diferentes, ya que los miembros deben tener al menos 55 años para inscribirse en los planes PACE, y estos planes brindan servicios a través de un sitio en particular, como una clínica médica o un hospital.

Para obtener más información sobre los tipos de planes de atención administrada a largo plazo, MLTC, MAP+ y PACE, visite

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

Directorio de planes: https://www.health.ny.gov/health_care/managed_care/mltc/mltcplans.htm.

Para los solicitantes de Medicaid con una **necesidad inmediata de servicios de atención a domicilio**, existe un procedimiento para obtener la aprobación de Medicaid en un plazo de 7 días y la aprobación para la atención a domicilio en un plazo de 12 días. Con el siguiente enlace, puede acceder a la Alerta de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos donde se describe el procedimiento: www.wnyc.com/health/afile/203/614/.

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

Many people have Medicaid with a spenddown to help them pay for Medicaid-covered home care services. These individuals 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.

¿Cómo funciona la atención administrada a largo plazo con un exceso de ingresos (*spend-down*) de Medicaid?

Muchas personas tienen Medicaid con un exceso de ingresos (*spend-down*) que les ayuda a pagar los servicios de atención a domicilio cubiertos por Medicaid. Estas personas pagan el exceso de ingresos de Medicaid al plan de salud. Si un miembro no paga el exceso de ingresos (*spend-down*), el plan puede cancelar su inscripción.

¿Cómo elijo un plan?

Decida qué tipo de plan se adapta mejor a sus necesidades (MLTC, MAPlus o PACE).

Consulte a sus proveedores (agencia de atención a domicilio, proveedores médicos, etc.) en qué planes participan para que pueda elegir un plan que le permita seguir recibiendo atención de sus proveedores. Si desea inscribirse en un plan MAPlus o PACE, también debe obtener su cobertura de medicamentos de la Parte D a través de ese plan. En el Buscador de planes de www.medicare.gov, encontrará información sobre los medicamentos recetados de estos planes.

Para inscribirse en el plan, llame a New York Medicaid Choice, al 1-888-401-6582.

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

La Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN) es el programa de defensoría del pueblo del estado de Nueva York para las personas que reciben servicios de atención a largo plazo a través de la atención administrada de Medicaid, como MLTC, MAPlus, PACE y Medicaid convencional (con servicios de atención a largo plazo). Para comunicarse con ICAN, llame al 1-844-614-8800.

MEDICAID PARA ATENCIÓN MÉDICA EN UNA INSTITUCIÓN: En Institutional Medicaid (Medicaid institucional), existen pautas estrictas sobre los ingresos y los bienes. Por lo general, los residentes de hogares de ancianos tienen que destinar la mayor parte de sus ingresos, excepto una pequeña asignación mensual para “cuidados personales”, a pagar los costos del hogar de ancianos, a menos que se espere que regresen a su hogar. Las normas son más flexibles si tienen un cónyuge que aún vive en el hogar.

La institución debe ayudar a preparar y enviar la solicitud para Institutional Medicaid. Además de la solicitud habitual de Community Medicaid, los solicitantes deben presentar documentación de sus bienes de los últimos 5 años. Este “período retroactivo” de 5 años le permite a Medicaid identificar transferencias no compensadas hechas con el propósito de ser elegible para Medicaid.

Si se encuentra alguna transferencia de este tipo dentro del período retroactivo de 5 años, Medicaid impondrá una “multa de transferencia”, es decir que no pagará la estadía del solicitante en el hogar de ancianos por un período proporcional a la cantidad de dinero transferida.

Protección para el cónyuge en la comunidad: cuando uno de los cónyuges ingresa a un centro de atención a largo plazo, se protege al que queda en el hogar del empobrecimiento que pueda sufrir por cubrir los costos de la atención. Las leyes federales y del estado de Nueva York exigen que a este cónyuge se le permita quedarse con la casa, el automóvil, las pertenencias personales y una suma de dinero de los bienes conjuntos.

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/HEALTH INSURANCE EXCHANGE

- **Medicaid para personas menores de 65 años, que no son ciegas y no tienen discapacidades**
 - **Plan Essential**
 - **Plan de salud calificado**

Health Insurance Exchange es un mercado organizado para comprar seguros de salud. En el estado de Nueva York, el mercado se conoce como New York State of Health: el Mercado Oficial de Seguros Médicos. En la ciudad de Nueva York, hay muchas opciones de seguros de salud disponibles a través del Mercado. Los planes del Mercado ofrecen cobertura de salud integral y tienen estructuras de costos compartidos que pueden incluir primas, deducibles, copagos y montos máximos de gastos de bolsillo. Todos los planes que ofrecen cobertura a través del Mercado son planes de HMO, la forma más restrictiva de atención administrada. En la ciudad de Nueva York, debe elegir un plan que brinde servicios en su distrito de residencia.

Conforme a la Ley Federal del Cuidado de Salud a Bajo Precio, no se puede negar la cobertura de un seguro de salud debido a una enfermedad preexistente, no se les puede cobrar más por el seguro de salud a las personas con una enfermedad preexistente y no pueden aplicarse períodos de espera para recibir atención por una enfermedad preexistente. Estas normas se aplican a los planes comprados a través del Mercado o fuera del Mercado.

NY State of Health evalúa la elegibilidad para los siguientes tipos de seguros de salud:

MAGI Medicaid para personas menores de 65 años, que no son ciegas y no tienen discapacidades: ingresos de hasta el 138 % del nivel federal de pobreza. Se puede solicitar durante todo el año. No hay límites de recursos.

Plan Essential: ingresos del 138 % al 200 % del nivel federal de pobreza para los menores de 65 años. Se puede solicitar durante todo el año. No hay límites de recursos.

Plan de salud calificado (QHP) con o sin subsidio federal: se puede solicitar solo durante el período anual de inscripción abierta, a menos que el solicitante tenga un evento de vida que califica. No hay límites de recursos.

Cómo solicitar la cobertura a través del Mercado:

Presente una solicitud en línea, en www.nystateofhealth.ny.gov.

Reciba ayuda sin cargo para presentar la solicitud a través de un orientador (*navigator*). Ingrese a <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> y consulte una lista de los orientadores en Nueva York.

Llame al Centro de Servicio al Cliente de New York State of Health, al 1-855-355-5777.

El personal de NY State of Health primero evaluará su elegibilidad para **MAGI Medicaid**. Si no es elegible para MAGI Medicaid, se evaluará su elegibilidad para un **Plan Essential**. Si no es elegible para un Plan Essential, se evaluará su elegibilidad para un **Plan de salud calificado (QHP)**. Algunas personas reúnen los requisitos para un subsidio federal para comprar un QHP. Quienes no son elegibles para un subsidio, pagan el precio total del plan. Para comprar un plan a través del Mercado de Nueva York, debe ser ciudadano o residente legal permanente de Nueva York.

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.

¿Cómo interactúan otros seguros con los planes del Mercado?

Si tiene Medicaid sin MAGI, no necesita comprar otro seguro de salud.

Si tiene Medicare, no necesita comprar un seguro de salud a través del Mercado. Las personas con Medicare, en general, NO PUEDEN inscribirse en un plan del Mercado. Los beneficiarios de Medicare no pueden obtener un subsidio federal para comprar un plan.

Si recibe beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) y se encuentra en el período de espera de 24 meses para que comience la cobertura de Medicare, tal vez le convenga considerar un plan del Mercado. Cuando empiece a ser elegible para Medicare, puede abandonar el plan del Mercado. Tendrá que decidir cómo obtener sus beneficios de Medicare: a través de Medicare Original o un plan Medicare Advantage.

MAGI MEDICAID PARA PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS, QUE NO SON CIEGAS Y NO TIENEN DISCAPACIDADES

En el caso de mujeres embarazadas, niños de hasta 18 años, padres o familiares a cargo del cuidado de una persona, y adultos sin hijos de 19 a 64 años, la elegibilidad para Medicaid se evalúa según la determinación de su presupuesto de acuerdo con el ingreso bruto ajustado modificado (MAGI). Las personas con ingresos de hasta el 138 % del nivel federal de pobreza, calculados en \$1,482 mensuales para una persona o \$2,004 para una pareja, en 2022, pueden reunir los requisitos para MAGI Medicaid. Los niños de hasta 19 años pueden reunir los requisitos para MAGI Medicaid con niveles de ingresos más altos. No hay límite de recursos. Los beneficios de Medicaid se recibirán a través de un plan de atención administrada (HMO), que se debe elegir al momento de presentar la solicitud. La recertificación de MAGI Medicaid tiene lugar una vez al año.

Las personas que se haya determinado que tienen una discapacidad, incluidas las que reciben beneficios del Seguro por Incapacidad del Seguro Social, pero que aún no tienen cobertura de Medicare, así como los mayores de 65 años que son padres o familiares a cargo del cuidado de una persona (aunque reciban Medicare), pueden reunir los requisitos para Medicaid con estos niveles de MAGI.

¿Qué ocurre con mi plan de MAGI Medicaid a través del Mercado cuando empiezo a ser elegible para Medicare porque cumpla 65 años o tengo una discapacidad?⁴

Las personas con MAGI Medicaid a través del Mercado no pueden mantener la cobertura del Mercado cuando cumplen 65 años u obtienen Medicare debido a una discapacidad, aunque el proceso de transición difiere en los dos casos. **Excepción: a los padres o familiares a cargo del cuidado de niños menores se les permite mantener MAGI Medicaid a través de NY State of Health y también tener Medicare.** Todas las personas que tengan Medicaid a través del Mercado y pasen a tener Medicare recibirán automáticamente Ayuda Adicional para la Parte D (consulte la página 33).

Elegibilidad para Medicare a los 65 años: cuando las personas están cerca de cumplir 65 años, su caso de Medicaid se transfiere a la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de Nueva York. La HRA les enviará formularios que deben rellenar y enviar. Mediante los formularios, la HRA puede evaluar si estas personas pueden seguir teniendo Medicaid con los niveles más bajos, sin MAGI. Deben responder todo lo que la HRA les envíe si quieren que se evalúe si continúan siendo elegibles para Medicaid. La HRA les concederá aproximadamente cuatro meses de elegibilidad para Medicaid mientras se realiza la evaluación. Durante este tiempo, pueden usar su tarjeta de beneficios del estado de Nueva York y acceder a Medicaid de pago por servicios de cualquier proveedor que acepte Medicaid.

⁴ Nota. El siguiente proceso se ha suspendido durante la situación de emergencia de salud pública: las personas que empiecen a ser elegibles para Medicare durante este período mantienen su cobertura de 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

Quienes reciben beneficios del Seguro Social quedarán inscritos en Medicare automáticamente a los 65 años. Quienes no reciben beneficios del Seguro Social a los 65 años deben solicitar Medicare durante su período de inscripción inicial de 7 meses (consulte la página 6), ya que solicitar Medicare es un requisito para tener Medicaid para los mayores de 65 años.

Las personas que no reúnan los requisitos para la continuidad en Medicaid tal vez deban considerar inscribirse en un plan Medicare Advantage o comprar una póliza de Medigap si eligen obtener sus beneficios a través de Medicare Original. Recibirán Ayuda Adicional completa (consulte la página 33) por el resto del año calendario, y NY State of Health les reembolsará las primas de la Parte B mientras sigan teniendo cobertura de Medicaid.

Las personas a quienes se les apruebe la continuidad en Medicaid pueden elegir cómo recibir sus beneficios de Medicare y Medicaid.

Elegibilidad para Medicare debido a una discapacidad: después de recibir pagos del Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) durante 24 meses, las personas empiezan a ser elegibles para Medicare y automáticamente se les envía una tarjeta de Medicare. Mantendrán su cobertura de Medicaid a través del Mercado hasta que termine el período de autorización de Medicaid de 12 meses, pero, en lugar de usar la tarjeta del plan de Medicaid HMO, usarán las tarjetas de Medicare y Medicaid para acceder a los servicios de salud. Medicare es el seguro de salud primario y Medicaid, el secundario. Cuando se acerque el final del período de autorización de 12 meses, el caso de Medicaid se transferirá de NY State of Health a la HRA. La HRA les enviará formularios para evaluar si siguen siendo elegibles para Medicaid. Deben inscribirse en el plan de la Parte D que les brinde la mejor cobertura de medicamentos. Si no eligen un plan, se los inscribirá en uno de manera automática.

PLAN ESSENTIAL

El Plan Essential es para personas menores de 65 años con ingresos mensuales de entre el 138 % y el 200 % del nivel federal de pobreza que, en 2022, se calcula en un máximo de \$2,265 para una sola persona y \$3,052 para un núcleo familiar de dos personas. Las personas que tienen un Plan Essential pueden elegir inscribirse en un programa de salud básico, y pagaran primas de \$0 o \$20 por mes.

La inscripción en el Plan Essential puede hacerse durante todo el año.

Las personas inscritas en el Plan Essential que son elegibles para Medicare dejan de ser elegibles para el Plan Essential. Recibirán un aviso de NY State of Health para informarles que se cancelará su inscripción. Estas personas deben inscribirse en Medicare Partes A, B y D durante el período de inscripción inicial de 7 meses (consulte la página 6) y, tal vez, deban considerar obtener una cobertura de seguro suplementario.

PLANES DE SALUD CALIFICADOS

Cualquier persona puede comprar un **Plan de salud calificado (QHP)**. Quienes tengan ingresos anuales menores al 400 % del nivel federal de pobreza (calculado en \$51,520 para una sola persona y \$106,000 para una familia de cuatro personas en 2021) pueden ser elegibles para recibir un subsidio federal en forma de crédito fiscal para ayudar a pagar el costo de un plan.

¿Cuándo puedo inscribirme en un Plan de salud calificado?

La **inscripción abierta** en planes del Mercado se realiza anualmente, por lo general, entre el 1 de noviembre y el 31 de enero. Después del 31 de enero, tendrá que esperar hasta el próximo período anual de inscripción abierta para inscribirse. Existen ciertas excepciones que le permitirían inscribirse a mitad de año, por ejemplo, si pierde la cobertura del seguro de salud actual.

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.

Puede obtener más información sobre los planes del Mercado de varias maneras:

Comuníquese con un orientador (*navigator*). Los orientadores son organizaciones de la comunidad que pueden ayudarle a elegir un plan e inscribirse en él. Para encontrar un orientador cerca de usted, visite <https://info.nystateofhealth.ny.gov/IPANavigatorSiteLocations> o llame a Community Health Advocates, al 1-888-614-5400.

Llame a New York State of Health, operada por Maximus, al 1-855-355-5777 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Visite el sitio web nystateofhealth.ny.gov.

A las personas con un QHP (un plan del Mercado) que son elegibles para Medicare, por lo general, se les recomienda que se inscriban en Medicare cuando reúnan los requisitos por primera vez y que envíen una notificación al QHP para abandonar el plan. Esto se debe a lo siguiente:

- Una vez que se empieza a ser elegible para Medicare, no se puede seguir recibiendo un subsidio para primas ni una reducción de los costos compartidos (para ayudar a pagar la prima del QHP).
- Tener un QHP no extiende el período para inscribirse en Medicare. Una inscripción tardía podría implicar una interrupción en la cobertura y una multa por inscripción tardía.

Los beneficiarios son responsables de inscribirse en Medicare Partes A, B y D durante el período de inscripción inicial (consulte la página 6 para obtener más información) y de darse de baja de la cobertura del QHP.

A veces, es conveniente considerar detenidamente los QHP frente a Medicare. Este es el caso de las siguientes personas:

- Personas que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima. Pueden obtener un subsidio para primas o una reducción de los costos compartidos para la cobertura del QHP, pero solo si no se inscriben en la Parte A o la Parte B. Si desean inscribirse en Medicare más adelante, tendrían una demora, así como una multa por inscripción tardía para Medicare Parte A y Parte B.
- Personas menores de 65 años con enfermedad renal en etapa terminal.

VETERANS' BENEFITS AND TRICARE FOR LIFE

To receive health care at facilities operated by the Department of Veterans Affairs (VA), veterans must be enrolled with the VA. Veterans can apply for coverage at any time.

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

BENEFICIOS PARA VETERANOS Y TRICARE FOR LIFE

Para recibir atención médica en centros operados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), los veteranos deben estar inscritos en el VA. Pueden solicitar cobertura en cualquier momento.

Los veteranos inscritos no deben presentar información sobre sus ingresos. Sin embargo, a algunos veteranos se les pedirá que completen una evaluación financiera a fin de determinar si son elegibles para recibir atención médica, medicamentos o beneficios de viajes sin costo.

A partir del 2015, el VA eliminó el uso del patrimonio neto como factor determinante tanto para los programas de atención médica como para las responsabilidades de copago. Ahora, el VA solo considera los ingresos familiares brutos y los gastos deducibles del veterano correspondientes al año anterior. Algunos veteranos de bajos ingresos no relacionados con el servicio tendrán menos costos de bolsillo. Para obtener más información, ingrese a www.va.gov/healthbenefits/apps/explorer/AnnualIncomeLimits/HealthBenefits.

Los veteranos que no sean elegibles para recibir atención sin costo deben pagar un copago.

El VA no puede facturarle a Medicare; por lo tanto, a los veteranos que solo tengan Medicare y deban pagar un copago por la atención médica se les facturará el cargo correspondiente de los servicios. Sin embargo, si tienen una póliza suplementaria, el VA le facturará primero a la compañía del seguro suplementario.

En algunos casos, el VA puede autorizar previamente los servicios en un hospital que no sea del VA o en otro entorno de atención. Es posible que los veteranos deban pagar un copago del VA para la atención no relacionada con el servicio. Si no todos los servicios tienen autorizada la cobertura del VA, es posible que Medicare pague por otros servicios que los pacientes veteranos necesiten durante su estadía.

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

Medicare Parte A y Parte B tienen un funcionamiento independiente del sistema de salud del VA. Por eso, a las personas que son elegibles para Medicare tal vez les convenga inscribirse para acudir a hospitales y proveedores fuera del sistema de atención médica del VA. Si no se inscriben en Medicare cuando son elegibles por primera vez y no reúnen los requisitos para un período de inscripción especial, es posible que deban pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B.

¿Cómo interactúa la cobertura de medicamentos del VA con Medicare Parte D?

La cobertura de medicamentos recetados del VA se considera válida, es decir que es igual de buena o mejor que Medicare Parte D. Es posible tener un plan de la Parte D y cobertura de medicamentos del VA a la vez. Quienes elijan renunciar a la Parte D y posteriormente quieran inscribirse, no estarán sujetos a una multa por inscripción tardía. Sin embargo, tendrán que esperar hasta el período anual de inscripción abierta (del 15 de octubre al 7 de diciembre) para inscribirse en un plan, y la cobertura entrará en vigencia el 1 de enero, a menos que reúnan los requisitos para un período de inscripción especial.

Los **beneficios de salud de TRICARE** brindan cobertura a los miembros en servicio activo y sus familias, a las familias de miembros que murieron en servicio activo, a los excónyuges, a los miembros retirados (tengan o no una discapacidad) y sus familias, y a los miembros de la Guardia Nacional o la Reserva. Los militares retirados (y sus cónyuges) que hayan prestado servicio durante al menos 20 años, que tengan 65 años de edad o más, y que actualmente estén inscritos en Medicare Partes A y B son elegibles para TRICARE for Life (TFL).

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

TFL es un plan de atención médica sin primas que actúa como complemento de Medicare e incluye cobertura válida para medicamentos. Si quiere obtener más información sobre TRICARE for Life, llame al 1-866-773-0404 o visite www.tricare.mil.

El **Programa Médico y de Salud Civil del Departamento de Asuntos de los Veteranos (CHAMPVA)** es un programa de seguro de salud para dependientes de veteranos con una discapacidad permanente y total relacionada con el servicio. La mayoría de los proveedores de Medicare y TRICARE también aceptan el programa CHAMPVA (no obstante, asegúrese de consultar con el proveedor). Las personas elegibles para TRICARE no pueden inscribirse en CHAMPVA. Si quiere obtener más información sobre CHAMPVA, comuníquese con el VA al 1-800-733-8387 o visite www.va.gov.

Para obtener más información sobre los beneficios de salud del VA, llame al 1-877-222-8387 (disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p.m., hora central) o visite www.va.gov.

OTRAS OPCIONES DE COBERTURA DE SALUD PARA RESIDENTES DE NUEVA YORK

COBRA

De acuerdo con la ley federal, los empleadores con 20 empleados o más deben ofrecer la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) como “continuidad de la cobertura” de atención médica proporcionada por el empleador a los empleados que dejen su trabajo. En el estado de Nueva York, la mayoría de las personas pueden obtener la cobertura de COBRA por hasta 36 meses. COBRA puede cubrir la diferencia hasta que pueda inscribirse en Medicare o hasta que consiga un nuevo trabajo que ofrezca un seguro de salud. Puede reunir los requisitos para la cobertura si se jubila, si deja su trabajo, si lo despiden, si se reducen sus horas de trabajo o si pierde la cobertura que tenía a través del trabajo activo de un cónyuge por muerte o divorcio. Su cónyuge y sus dependientes también tienen derecho a recibir beneficios a través de su cobertura de COBRA.

Si recibe beneficios de COBRA antes de ser elegible para Medicare, normalmente, la cobertura de COBRA se cancela cuando empieza la de Medicare. Si ya es elegible para Medicare y aún trabaja, puede elegir la cobertura de COBRA cuando deje de trabajar. Si tiene Medicare y COBRA, Medicare es el seguro primario y COBRA, el secundario. La cobertura de COBRA no permite demoras en la inscripción en la Parte B sin multa, incluso aunque el costo de COBRA sea subsidiado por un antiguo empleador.

HHC Options

HHC Options es un programa de NYC Health + Hospitals (HHC) que les permite a las personas y familias de ingresos bajos y moderados acceder a la atención médica a través de la red de hospitales y centros de salud de HHC en una escala variable de tarifas. Participar en HHC Options no tiene costo; usted paga cuando recibe la atención. HHC no considera el estado de inmigración para determinar la elegibilidad. Para obtener más información, visite <https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/> o llame al 1-844-692-4692.

Centros de Salud Federalmente Calificados

Los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC) son centros de salud integrales que pueden brindar atención primaria, servicios de salud mental y tratamiento por abuso de sustancias, atención dental, y medicamentos recetados a personas de todas las edades. Si bien los FQHC aceptan seguros de salud, también atienden a pacientes que no tienen seguro según una escala variable de tarifas, por lo que les cobran a los pacientes según sus ingresos. En el caso de los beneficiarios elegibles para Medicare, los FQHC pueden eximir el deducible anual de la Parte B y el coseguro del 20 %. Para encontrar un FQHC, ingrese a <https://findahealthcenter.hrsa.gov/>.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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

Seguro de salud y trabajo por cuenta propia

Algunas profesiones ofrecen seguros a tarifas grupales. Consulte con su antiguo empleador o con las asociaciones profesionales a las que pertenezca. Los siguientes son algunos posibles recursos.

Small Business Service Bureau	Para empleados de empresas pequeñas	800-472-7199 www.sbsb.com
Graphic Artists Guild	Para artistas gráficos	1-212-791-3400 graphicartistsguild.org
National Writers Union	Para escritores	315-545-5034 www.nwu.org
Screen Actors Guild	Para actores	1-212-944-1030 www.sagaftra.org
Freelancer's Union	Para trabajadores independientes	www.freelancersunion.org

MEDICARE 2022

Parte A: seguro de hospital

Deducible	\$1,556 por período de beneficios.
Copago	\$389 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios. \$778 por día, por cada "día de reserva de por vida".
Copago del centro de enfermería especializada	\$194.50 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios.

Parte B: seguro médico

Prima mensual	La mayoría de los beneficiarios de Medicare pagan la prima estándar de \$170.10, salvo los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Beneficiarios cuyo ajuste de costo de vida anual (COLA) del Seguro Social no aumentó lo suficiente para que sus primas de la Parte B suban al nivel de \$170.10. • Beneficiarios con mayores ingresos (más de \$91,000 para una persona o \$182,000 para un matrimonio), que pagan montos más altos.
Deducible anual	\$233
Coseguro	El 20 % para la mayoría de los servicios.

Algunas personas de 65 años o mayores no reúnen los requisitos de la Administración del Seguro Social para el **seguro de hospital sin prima (Parte A)**.

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

Standard Medicaid

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	

Si usted se encuentra en esta categoría, puede obtener la Parte A pagando una prima mensual. En 2022, si tiene menos de 30 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima de la Parte A es de \$499. Si tiene entre 30 y 39 trimestres de cobertura del Seguro Social, su prima mensual de la Parte A es de \$274.

Programa de Ahorros de Medicare para 2022

	Ingreso mensual	
	Persona	Pareja
QMB: Beneficiario de Medicare Calificado El estado de Nueva York paga las primas, los deducibles y los coseguros de quienes son automáticamente elegibles para la Parte A.	\$1,153	\$1,546
SLMB: niveles de Beneficiario de Medicare con Ingresos Bajos Especificados El estado solo paga la prima de Medicare Parte B.	\$1,379	\$1,851
QI: Individuo Calificado El estado solo paga la prima de Medicare Parte B.	\$1,549	\$2,080

Nota: Los montos indicados anteriormente incluyen un monto estándar de \$20 de ingreso no considerado.

MEDICAID 2022

<u>Medicaid estándar</u>		
Niveles máximos de ingresos y bienes* para personas ciegas, con discapacidades o mayores de 65 años: * Los primeros \$20 de ingresos están exentos. Las cifras indicadas son antes del monto de \$20 de ingresos no considerados. Se permite una asignación de fondo para entierro de \$1,500 por persona.		
	Ingreso mensual	Bienes
Persona	\$934	\$16,800
Pareja	\$1,367	\$24,600

Medicaid en un hogar de ancianos

INGRESOS: cuando un residente de un hogar de ancianos reúne los requisitos para recibir ayuda de Medicaid, todos los ingresos van a la institución, excepto una asignación mensual de \$50 para las necesidades personales del residente.

BIENES: todos los bienes personales deben usarse primero para cubrir los costos (excepto la residencia principal, el automóvil y las pertenencias personales).

MATRIMONIOS: cuando un cónyuge reúne los requisitos para la ayuda de Medicaid en un hogar de ancianos, el cónyuge que vive en la comunidad (en su hogar) tiene derecho a quedarse con parte de los ingresos y recursos pertenecientes a la pareja mientras Medicaid pague los cuidados del cónyuge en la residencia.

El cónyuge que vive en la comunidad puede quedarse con lo siguiente:	
Recursos	\$74,820 como mínimo; \$137,400 como máximo
Ingresos	\$3,435 por mes
Para obtener más información sobre Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda de Medicaid de la HRA al 1-888-692-6116 .	

Medicaid Offices in New York City

Medicaid applicants can call the Medicaid Helpline at **1-888-692-6116** to find the nearest Medicaid office, office hours, and directions. New York City residents can apply at any office in the five boroughs.

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

Oficinas de Medicaid en la ciudad de Nueva York

Los solicitantes de Medicaid pueden comunicarse con la línea de ayuda de Medicaid, al **1-888-692-6116**, para encontrar la oficina más cercana y conocer los horarios de atención y las instrucciones. Los residentes de la ciudad de Nueva York pueden presentar solicitudes en cualquier oficina de los cinco distritos.

NOTA: La mayoría de las oficinas de Medicaid han vuelto a abrir sus puertas tras la emergencia de salud pública por la COVID-19; sin embargo, se recomienda visitar las oficinas solamente si no se puede recibir ayuda por teléfono.

Bronx	<p>Fordham: 2541-2549 Bainbridge Ave. (929) 252-3230.</p> <p>Rider: 305 Rider Avenue, 4.º piso. (718) 585-7872.</p>
Brooklyn	<p>Coney Island: 3050 West 21st Street, 3.º piso. (929) 221-3790.</p> <p>Este de Nueva York: 404 Pine Street, 2.º piso. 929-221-8204.</p> <p>Kings County Hospital: 441 Clarkson Avenue, edificio "T", Nurses Residence (residencia de enfermeros), 1.º piso. (718) 221-2300, int. 2301 (cerrado hasta nuevo aviso). Sur de Brooklyn (oficina central de Medicaid): 785 Atlantic Avenue, 1.º piso. (929) 221-3502.</p>
Manhattan	<p>Chinatown: 115 Chrystie Street, 5.º piso. (212) 334-6114.</p> <p>Dyckman Community: 4055 10th Avenue.</p> <p>Nivel inferior.</p> <p>(212) 939-0207 int. 0208.</p>
Queens	<p>Comunidad de Queens: 32-20 Northern Blvd., 3.º piso. (718) 784-6729.</p> <p>Jamaica: 165-08 88th Avenue, 8.º piso. 929-252-3193.</p>
Staten Island	<p>Staten Island: 215 Bay Street. (929) 221-8823/8824.</p>

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.

Monto de ajuste mensual acorde al ingreso (IRMAA) para Medicare Parte B y Parte D para beneficiarios de Medicare con mayores ingresos en 2022

Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) para 2020	Prima mensual de la Parte B	Prima mensual de la Parte D (medicamentos recetados)
Persona con un MAGI de \$91,000 o menos /matrimonio con un MAGI de \$182,000 o menos	Prima estándar para 2022 = \$170.10	Prima del plan
Persona con un MAGI de \$91,000 a \$114,000/matrimonio con un MAGI de \$182,000 a \$228,000	\$238.10	Prima del plan + \$12.40
Persona con un MAGI de \$114,000 a \$142,000/matrimonio con un MAGI de \$228,000 a \$284,000	\$340.20	Prima del plan + \$32.10
Persona con un MAGI de \$142,000 a \$170,000/matrimonio con un MAGI de \$284,000 a \$340,000	\$442.30	Prima del plan + \$51.70
Persona con un MAGI de \$170,000 a \$500,000/matrimonio con un MAGI de \$340,000 a \$750,000	\$544.30	Prima del plan + \$71.30
Persona con un MAGI superior a \$500,000/matrimonio con un MAGI superior a \$750,000	\$578.30	Prima del plan + \$77.90
Matrimonio que presenta la declaración por separado y tiene un MAGI inferior a \$91,000	\$170.10	Prima del plan
Matrimonio que presenta la declaración por separado y tiene un MAGI de \$91,000 a \$409,000	\$544.30	Prima del plan + \$71.30
Matrimonio que presenta la declaración por separado y tiene un MAGI de \$409,000 o superior	\$578.30	Prima del plan \$77.90

- El ingreso bruto ajustado modificado es igual al ingreso bruto ajustado + los ingresos por intereses exentos de impuestos.
- La prima de la Parte B y el monto de ajuste mensual acorde a su ingreso (IRMAA) para la Parte B y la Parte D se deducen del su beneficio del Seguro Social (o se facturan si no recibe beneficios del Seguro Social).
- El recargo de la Parte D se deduce del cheque del Seguro Social (o se factura si no recibe beneficios del Seguro Social), aunque pague su prima de la Parte D directamente al plan.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Definiciones del seguro de salud

Medicamento de marca	Medicamento que tiene un nombre comercial y está protegido por una patente. Solo puede producirlo y comercializarlo la compañía titular de la patente.
Coseguro	Monto que debe pagar por la atención médica. Es un porcentaje del costo total de la atención.
Copago	Monto fijo en dólares que debe pagar por un servicio médico.
Cobertura válida	Cobertura de medicamentos recetados que es igual de buena o mejor que un plan básico de medicamentos de Medicare Parte D.
Deducible	El monto que debe pagar cada año antes de que empiece a pagar la póliza de seguro.
Doble elegibilidad	Persona que tiene Medicare y Medicaid.
Nivel federal de pobreza	Medición de los ingresos que emite todos los años el Gobierno federal. Los montos se usan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios.
Lista de medicamentos cubiertos	Lista de los medicamentos que cubre un plan de medicamentos recetados.
Medicamento genérico	Medicamento que tiene la misma fórmula de componentes activos que un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos normalmente cuestan menos que los de marca.
Monto de ajuste mensual acorde al ingreso (IRMAA)	Pagos de primas de Medicare Parte B y Parte D más altos que se les exigen a las personas con mayores ingresos.
Enfermedad preexistente	Trastorno de salud que existía antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del seguro.
Prima	Monto que paga para tener una póliza de seguro. Debe pagar la prima independientemente de si recibe algún servicio de salud.
Autorización previa	Aprobación que debe obtenerse con anticipación para que una compañía de seguros cubra un medicamento o un servicio.
Límites de cantidad	Límite sobre la cantidad de un medicamento recetado que cubrirá un plan de medicamentos de la Parte D durante un período determinado por cuestiones de seguridad o costos.
Terapia en etapas	Restricción que imponen los planes de medicamentos de la Parte D, según la cual primero se debe probar un medicamento para una afección determinada antes de que se cubra otro medicamento para esa afección.

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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.

Recursos de ayuda para pagar los medicamentos recetados

(Cada programa tiene sus propios requisitos de elegibilidad. Llame por teléfono o visite el sitio web para obtener más información sobre los requisitos y sobre cómo presentar una solicitud).

Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP): brinda medicamentos sin costo para el tratamiento del VIH/SIDA e infecciones oportunistas. El ADAP puede ayudar a quienes tienen un seguro parcial, como Medicare Parte D, y a quienes tienen un requisito de exceso de ingresos (*spend-down*) de Medicaid. Para obtener más información, llame al (800) 542-2437 o visite www.health.ny.gov/diseases/aids/general/resources/adap/eligibility.htm.

BenefitsCheckUp: ayuda a las personas a encontrar los beneficios y servicios que tienen disponibles. Sitio web: www.benefitscheckup.org.

Tarjeta de descuento para medicamentos recetados de BigAppleRx: tarjeta gratuita de descuentos patrocinada por la ciudad de Nueva York. Cualquier persona puede obtener la tarjeta, independientemente de la edad, los ingresos, la condición de ciudadanía y el estado del seguro de salud. El descuento puede aplicarse tanto a medicamentos genéricos como de marca. Para obtener más información, visite www.BigAppleRx.com o llame al 1-888-454-5602.

CancerCare Co-Payment Assistance Foundation (Fundación para Asistencia en Copagos de CancerCare): ayuda a las personas que tienen cáncer con los copagos de los tratamientos recetados. Visite www.cancercapecopay.org o llame al 1-866-552-6729.

Good Days: ayuda a las personas que tienen ciertas enfermedades crónicas con los copagos del seguro. Para obtener más información y una lista de las enfermedades y los medicamentos que reúnen los requisitos, visite www.mygooddays.org o llame al 1-877-968-7233.

GoodRx: le permite comparar el costo de los medicamentos en diferentes farmacias. Puede buscar descuentos e imprimir cupones. Visite GoodRx.com y obtenga más información.

HealthWell Foundation: brinda ayuda financiera a las personas elegibles para cubrir coseguros, copagos, primas de atención médica y deducibles para pacientes con ciertas enfermedades. Visite Healthwellfoundation.org o llame al 1-800-675-8416.

Programa de Asistencia para Copagos de la Leukemia and Lymphoma Society: ayuda con las primas y los copagos de planes de seguros privados y de Medicare. Visite <https://www.lls.org/support/information-specialists> o llame al 1-800-955-4572.

Medicine Assistance Tool (Herramienta de Asistencia Médica): herramienta de búsqueda en muchos de los recursos de ayuda a los pacientes que ofrece la industria biofarmacéutica. Visite www.medicineassistancetool.org.

National Marrow Patient Assistance Program and Financial Assistance Fund: puede ayudar a las personas elegibles con el costo del trasplante de médula ósea o sangre del cordón umbilical si el seguro no cubre todo el costo. Visite www.bethematch.org o llame al 1-888-999-6743.

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

National Organization for Rare Disorders (NORD): ayuda a las personas sin seguro o con seguro insuficiente que tienen ciertas afecciones a acceder a los medicamentos que necesitan. Visite www.rarediseases.org o llame al 1-800-999-6673.

NeedyMeds.org: brinda información sobre Programas de Asistencia al Paciente (PAP). Visite www.needymeds.org o llame al 1-800-503-6897.

Programa Co-Pay Relief (Ayuda con el Copago) de la Patient Advocate Foundation: ayuda a las personas elegibles con ciertos diagnósticos, con los copagos de medicamentos recetados. Visite www.copays.org o llame al 1-866-512-3861.

Patient Services Incorporated (ahora Accessia Health): puede ayudar a las personas con ciertas enfermedades raras o crónicas a pagar las primas del seguro de salud, los copagos, los coseguros y los costos relacionados con viajes. Visite www.patientservicesinc.org o llame al 1-800-366-7741.

RX Hope: permite solicitar medicamentos con descuentos y sin cargo directamente a través del sitio web. [Ingrese a www.rxhope.com.](http://www.rxhope.com)

Otros recursos disponibles en Internet

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

Administración de Salud y Servicios Humanos: www.hhs.gov.

HealthFinder.gov: información específica sobre afecciones particulares.

Consejo Nacional para Adultos Mayores: www.ncoa.org.

Centro Nacional de Información de Salud: www.health.gov/nhic.

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

Recurso	Teléfono
Línea de ayuda de HIICAP. Llame a Aging Connect del Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York y pida que lo comuniquen con el Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) o el Programa de información, asesoramiento y ayuda sobre seguros de salud (HIICAP). Sitio web: www1.nyc.gov/site/dfta/services/health-insurance-assistance.page .	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Aging Connect. Información sobre servicios ofrecidos por el Departamento para Personas Mayores de la ciudad de Nueva York. Sitio web: www.nyc.gov/aging .	1-212-AGING-NYC (212-244-6469)
Access-A-Ride. Sitio web: http://web.mta.info/nyct/paratran/guide.htm .	1-877-337-2017
Advocacy, Counseling, and Entitlement Services Project (ACES [Proyecto de servicios de defensa, asesoramiento y derecho a prestaciones]).	1-212-614-5552
Center for the Independence of the Disabled in New York (Centro para la independencia de las personas con discapacidades de Nueva York). Sitio web: www.cidny.org .	1-212-674-2300 o 1-646-442-1520
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Sitio web: www.cms.gov .	1-800-MEDICARE
Columbia University College of Dental Medicine's Teaching Clinic (Clínica de Enseñanza de la Facultad de Odontología, Universidad de Columbia). Sitio web: www.dental.columbia.edu/teaching-clinics .	1-212-305-6100
Community Health Advocates. Sitio web: www.communityhealthadvocates.org .	1-888-614-5400
Eldercare Locator (Buscador de cuidados para personas mayores). Sitio web: www.eldercare.acl.gov .	1-800-677-1116
Cobertura de seguro farmacéutico para adultos mayores (EPIC). Sitio web: www.health.state.ny.us/health_care/epic/index.htm .	1-800-332-3742
Health Information Tool for Empowerment (Herramienta de información sobre salud para empoderamiento): directorio de recursos de servicios sociales y de salud sin costo o a un bajo costo. Sitio web: www.HiteSite.org .	1-866-370-4483
Health and Hospitals Corporation. Sitio web: https://www.nychealthandhospitals.org/paying-for-your-health-care/financial-assistance/ .	1-844-NYC-4NYC
Línea de información de la Administración de Recursos Humanos (HRA): datos sobre todos los programas de la HRA, como cupones de alimentos, asistencia pública y Medicaid.	1-718-557-1399
Línea de ayuda de Medicaid de la HRA.	1-888-692-6116
Hospice Foundation of America (Fundación de Cuidados de Hospicio de Estados Unidos). Sitio web: www.hospicefoundation.org .	1-800-854-3402
Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN): defensor del pueblo de atención administrada a largo plazo de Medicaid. Sitio web: https://icannys.org/ .	1-844-614-8800
Legal Services NYC. Sitio web: www.legalservicesnyc.org .	1-844-614-8800
Programa de Transición para Personas Recién Elegibles y de Ingresos Limitados (LINET), administrado por Humana.	1-800-783-1307

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

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://ltcombudsman.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

Recurso	Teléfono
Livanta: Organización de Mejoramiento de la Calidad (para apelaciones de altas hospitalarias y quejas sobre la calidad de la atención).	1-866-815-5440
Asistentes de inscripción de Medicaid para adultos mayores, y personas ciegas o con discapacidades (también pueden ayudar con las solicitudes del Programa de Ahorros de Medicare).	1-347-396-4705
Unidad de Control del Fraude de Medicaid (Procuraduría General).	1-800-771-7755
Línea directa para informar casos de fraude a Medicare (Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos).	1-800-447-8477
Línea directa de Medicare.	1-800-MEDICARE
Medicare Rights Center (Centro de Derechos de Medicare). Sitios web: www.medicarerights.org/ , www.medicareinteractive.org .	1-800-333-4114
New York Connects (información sobre servicios y apoyo de atención a largo plazo).	1-800-342-9871
Oficina de Conducta Médica Profesional del Departamento de Salud del estado de Nueva York (quejas de control de calidad sobre médicos).	1-800-663-6114
Programa Evelyn Frank Legal Resources de New York Legal Assistance Group (NYLAG). Correo electrónico: EFLRP@NYLAG.org .	1-212-613-7310
New York State of Health (el Mercado). Sitio web: https://nystateofhealth.ny.gov .	1-855-355-5777
Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York. Sitio web: www.nyc.gov/health .	311
NYS Long Term Care Ombudsman Program (Programa del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del estado de Nueva York). Sitio web: https://ltcombudsman.ny.gov/ .	1-855-582-6769
Departamento de Salud del estado de Nueva York: quejas sobre planes de atención administrada.	1-800-206-8125
Departamento de Servicios Financieros del estado de Nueva York. Sitio web: www.dfs.ny.gov .	1-800-342-3736
Línea de ayuda de Medicaid del estado de Nueva York.	1-800-541-2831
Línea de ayuda para ciudadanos de edad avanzada de la Oficina para Personas Mayores (Office for the Aging) del estado de Nueva York. Sitio web: www.aging.ny.gov .	1-800-342-9871
Oficina de Servicios a las Víctimas del estado de Nueva York. Sitio web: https://ovs.ny.gov/help-crime-victims .	1-800-247-8035
Clínica dental de la Universidad de Nueva York (NYU). Sitio web: www.nyu.edu/dental .	1-212-998-9800
Railroad Retirement Board (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Sitio web: www.rrb.gov .	1-877-772-5772
SMP (Senior Medicare Patrol) para denunciar casos de fraude o abuso a Medicare en el estado de Nueva York.	1-800-333-4374
Administración del Seguro Social. Sitio web: www.socialsecurity.gov .	1-800-772-1213 TTY: 1-800-325-0778
Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos. Sitio web: www.va.gov	1-800-827-1000

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

NOTES

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

NOTAS

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

NOTAS

Llame al 212-AGING-NYC (212-244-6469) y pida que lo comuniquen con el HIICAP.

Eric Adams

Mayor

City of New York



Lorraine Cortés- Vázquez

Commissioner

NYC Department for the Aging

Eric Adams

Alcalde

Ciudad de Nueva York



**Department for
the Aging**

Lorraine Cortés-Vázquez

Comisionada

**Departamento para Personas Mayores
de la ciudad de Nueva York**