

Plan Completo Directo (HMO ISNP) ofrecido por Health Pointe Direct

Aviso Anual de Cambios para 2020

Actualmente está inscrito como miembro de *Health Pointe Direct Complete*. El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto habla sobre los cambios.*

- **Usted tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Lo que to do now

1. PREGUNTA: Qué cambios se aplican a usted

- Compruebe los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.1 y 2.5 para obtener información sobre los cambios de beneficios y costos para nuestro plan.
- Revise los cambios en el folleto a nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Se cubrirán sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con diferentes costos compartidos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puedes seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos 2020 y busque en la Sección 2.6 información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico acerca de las alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle en costos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros de mando destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Compruebe si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Son sus médicos, incluidos los especialistas que ven regularmente, en nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones del plan

- Compruebe la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en <https://www.medicare.gov> sitio web. Haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos."
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual de Medicare & You.
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELEGIR: Decida si desea cambiar su plan

- Si desea **mantener Health Pointe DirectComplete**, no es necesario hacer nada. Usted permanecerá en Health Pointe Direct Complete
- *Para cambiar a un plan diferente* que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan o cambiar a Medicare *Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.*

Recursos adicionales

- Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas, incluido español.
- Llame a nuestro número de servicio al cliente al 1-888-201-4342, de lunes a viernes de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta información también está disponible en formatos alternativos, incluyendo cinta sin salida grande y cinta de audio.
- **La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al**

Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus) Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de *Health Pointe Direct Complete Plan*

Health Pointe es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Health Pointe Direct depende de la renovación de su contrato de Medicare. Cuando estofolleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa CenterLight Healthcare cuando dice "plan"o "nuestro plan", significa Health Pointe Direct Complete.

H5989_ ANOC2020_M File and Use 09182019

Deleted: [Insertar según corresponda: [insertar ID de material]
CMS Aprobado [MMDDYYYY] O [Insertar ID de
material/ Archivo y uso [MMDDYYYY]]*

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Resumen de los costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y los costos 2020 de Health Pointe *Health Pointe Direct Complete* en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es sólo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.healthpointeny.com/h5989. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirle que le enviemos *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.	\$39.30	\$36.60
Deducible	\$415	\$435
Cantidad máxima de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.)	\$6700	\$6700
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: 20% por visita Visitas de especialistas: 20% por visita	Visitas de atención primaria: 20% por visita Visitas de <i>especialistas</i> : 20% por visita

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estancias hospitalarias Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios hospitalizados. La atención hospitalaria comienza el día en que usted es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que sea dado de alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Deducible de \$1,364 por cada beneficio Período. • Días 1–60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios. • Días 61–90: coseguro de \$341 por día de cada período de beneficios. • Días 91 y posteriores: \$682 coseguro por cada "vida día de reserva" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días más su vida). • Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p>	<p>Deducible de \$1340 por cada beneficio Período. • Días 1–60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios. • Días 61–90: coseguro de \$335 por día de cada período de beneficios. • Días 91 y posteriores: \$670 coseguro por cada "vida día de reserva" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días más su vida). • Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más información.)</p>	<p>Deducible: <i>\$415</i></p> <p><i>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Nivel de drogas 1: <i>\$5.75</i>• Nivel 2 de drogas: 25% de Costo	<p>Deducible: <i>\$435</i></p> <p><i>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Nivel de drogas 1: <i>\$5.25</i>• Nivel de drogas 2: <i>25% del costo</i>

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Aviso Anual de Cambios para la Tabla de Contenidos 2020

Resumen de los costos importantes para 2020 1

**SECCION 1 A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en ... Health
Pointe *Health Pointe Direct Complete* en 2020 4**

SECCION 2 4

~~4~~

~~5~~

~~5~~

~~6~~

~~6~~

~~7~~

Deleted: Cambios en los Beneficios y Costos para el próximo año5...

Deleted: Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual5

Deleted: Sección 2.2 – Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo5

Deleted: Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores6...

Deleted: Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias7

Deleted: Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos8

Deleted: Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D9

SECCION 3 Decidir qué plan elegir 11

Sección 3.1 – Si desea permanecer en *Health Pointe Direct Complete* 11

Sección 3.2 – Si desea cambiar de planes 11

Deleted: 16

Deleted: 16

Deleted: 17

SECCION 4 Fecha limite para cambiar de planes 12

Deleted: 17

SECCION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare 12

Deleted: 18

SECCION 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados 13

Deleted: 18

SECCION 7 Preguntas? 14

Sección 7.1 – Obtener ayuda de *Health Pointe Direct Complete* 14

Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare 14

Deleted: 19

Deleted: 19

Deleted: 20

SECCION 1 A menos que elija otro plan, se inscribirá automáticamente en Health Pointe Direct Complete en 2020

Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare antes del 7 de diciembre de 2019, lo inscribiremos automáticamente en nuestro Health Pointe Direct Complete. Esto significa a partir del 1 de enero, 2020, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de CenterLight Healthcare Direct Completo. Si lo desea, puede cambiar a un plan de salud de Medicare diferente. También puede cambiar a Medicare Original. Si quiere cambiar, puede hacerlo entre el 1 de enero y 31 de marzo. También puede cambiar los planes entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Si usted es elegible para Ayuda adicional, usted puede ser capaz de planes de cambio durante otros momentos.

La información de este documento le informa sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en Health Pointe Direct Complete y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2020 como miembro de Health Pointe Direct Complete.

SECCION 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 2.1 – Cambios en la Prima Mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$39.30	\$36.60

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le requiere pagar una multa de inscripción tardía de por vida de la Parte D por ir sin otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o Más.
- Si usted tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno para su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted está recibiendo "Ayuda adicional" con sus costos de medicamentos recetados.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Sección 2.2 – Cambios en su cantidad máxima de gastos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga "de su bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "cantidad máxima de su bolsillo". Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la [Parte A y la Parte B](#) durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cantidad máxima de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para su monto máximo de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos de medicamentos recetados no cuentan para su cantidad máxima de su bolsillo.	Una vez que haya pagado \$6700 de su bolsillo por la Parte A y la Parte B cubiertas servicios, usted pagará nada para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red para el resto del calendario año.	Una vez que haya pagado \$6700 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B , no pagará nada por sus servicios cubiertos: Parte A y Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3 – Cambios en la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un Directorio de Proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.healthpointny.com/h5989. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Proveedores. **Por favor revise el 2020 Directorio de proveedores para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay una serie de razones por las que su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, tiene ciertos derechos y protecciones resumidos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Hará un esfuerzo de buena fe para proporcionarle al menos 30 días de aviso de que su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

- Si usted está recibiendo tratamiento médico tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para asegurarse de que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada adecuadamente, usted tiene el derecho de presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista está dejando suplan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

Sección 2.4 – Cambios en la Red de Farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *sólo* si están llenas en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Un Directorio de Farmacia actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.healthpointny.com/h5989. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada del proveedor o para solicitarnos que le enviemos por correo un Directorio de Farmacia. **Por favor revise el 2020 Directorio de Farmacias para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de *Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su Evidencia de Cobertura 2020.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Over the Counter (OTC) Ventaja	<i>Sin costo, trimestralmente (cada tres meses) \$30.00 beneficio adicional para sobre los artículos del mostrador</i>	<i>Sin costo, trimestralmente (cada tres meses) \$30.00 beneficio adicional para sobre los artículos del mostrador</i>

Sección 2.6 – Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o "lista de medicamentos". Una copia de nuestra lista de medicamentos se [proporciona electrónicamente](#).

Hicimos cambios en nuestra lista de medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos

[Type here]

[Type here]

[Type here]

medicamentos. Revise la lista de medicamentos para asegurarse de **que sus medicamentos serán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

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

- **Trabaje con su médico (u otro prescriptor) y pida al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Animamos a miembros de unentapedir** una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* (Qué hacer si tiene un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) o llame al Miembro Servicios.
- **Trabaje con su médico (u otro prescriptor) para find un medicamento diferente** que cubramos.
- Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no-formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días del año de un miembro para evitar una brecha en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el tiempo en que usted está recibiendo un suministro temporal de un medicamento, usted debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se agota. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedir al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hacemos estos cambios en la lista de medicamentos durante el año, todavía puede trabajar con su médico (u otro prescriptor) y nos pide que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información necesaria para reflejar los cambios en las drogas. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), la información sobre los costos de **los medicamentos recetados** de la Parte D **puede no aplicarse a usted**. Nosotros **han incluido** un inserto separado, llamado "Evidencia de Cobertura Rider para Personas que Reciben Ayuda Extra Pagando Por Medicamentos Recetados" (también llamado el "Jinete de Subsidio de Bajos Ingresos" o el "LiS Rider"), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si **quiere recibir "Ayuda extra" y no recibió este inserto con este paquete** por favor

[Type here]

[Type here]

[Type here]

llame a Servicios para Miembros y solicite el "LIS Rider". Los números de teléfono de servicios para miembros se encuentran en la Sección 8.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos". Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas.)

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año a las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.healthpointny.com/h5989. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enimentemos un *Evidencia de Cobertura*.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual .	El deducible es \$415 . Durante esta etapa, usted paga su copago habitual por medicamentos en el <i>nivel 1</i> y el costo total de los medicamentos en el <i>nivel 2</i> hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es \$435.

Cambios en su costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasa a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes llenado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><i>Formulario de Nivel 1- Genérico preferido:</i> Usted paga: \$5.75 por receta</p> <p><i>Formulario de Nivel 2- Marca preferida:</i> Usted paga el 25% del costo total.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes llenado en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><i>Genérico preferido de formulario1:</i> Usted paga \$5.25 por receta.</p> <p><i>Marca preferida del formulario de nivel2:</i> Usted paga el 25% del coste total.</p>
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro de un mes (-30 días) cuando usted llena su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>	<p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Brecha de Cobertura).</p>

Cambios en la brecha de cobertura y las etapas de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la etapa de brecha de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos de medicamentos. La mayoría de los miembros no alcanzan la etapa de brecha de cobertura o la etapa de **cobertura catastrófica**. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de Cobertura*.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

SECCION 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en *Health Pointe Direct Complete Plan*

Para permanecer en nuestro plan, no necesitas hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, usted permanecerá automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan para 2020.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2020 siga estos pasos:

Paso 1: Aprenda y compare sus opciones

- Puede unirse a un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- *O--* Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2020*, llame a su Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos." **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones** de calidad para los planes de Medicare.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiar a un plan de **salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Usted será automáticamente dado de baja de *Health Pointe Direct Complete Plan*
- Para cambiar a Medicare Original con un plan de **medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Usted será automáticamente dado de baja de *Health Pointe Direct Complete Plan*
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Envíenos una solicitud por escrito para darse de baja. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este folleto).

[Type here]

[Type here]

[Type here]

- – o – Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida ser dado de baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCION 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el **7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero 2020.

¿Hay otras épocas del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Extra" pagando por sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permiso para hacer un cambio en otras épocas del año. Para obtener más información, consulte Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Puede [colgar su cobertura](#) de Medicare en cualquier **momento**. Puede [cambiar a cualquier otro plan](#) de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

SECCION 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en) es un programa gubernamental con consejeros capacitados en todos los estados. En *Nueva York*, el SHIP se llama Programa de *Información, Consejería y Asistencia* de Seguros De Salud del Estado de Nueva York (HIICAP, por sus siglas en japonés).

El Programa de Información, Consejería y Asistencia de Seguros Médicos del Estado de Nueva York (HIICAP, por sus siglas en japonés) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento de seguro médico local **gratuito** a personas con Medicare. Programa de *Información, Consejería y Asistencia* de Seguros Médicos del Estado de Nueva York consejeros pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *HIICAP* al **1-800-701-0501**. Puede [obtener más información sobre HIICAP visitando su sitio web](#) www.aging.ny.gov/HealthBenefits/HIICAPIndex.cfm

[Type here]

[Type here]

[Type here]

SECCION 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para "Ayuda adicional" para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Además, aquellos que califiquen no tendrán una brecha de cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/7 días a la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 am y las 7p.m., del lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** *Nueva York* tiene un programa llamado Programa de *Seguro Farmacéutico para Ancianos (EPIC)* que ayuda a las personas a pagar por medicamentos recetados en función de su necesidad financiera, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa de Asistencia de Surance (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 6 de este folleto).
- **Asistencia de participación en los costos de las recetas para las personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia en Drogas para el SIDA (ADAP, por sus siglas en) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado, y estatus no asegurado/subasegurado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de costo compartido por receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para *el SIDA (ADAP, por sus siglas en)* del Departamento de Salud del Estado de *Nueva York*. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, las drogas cubiertas o cómo inscribirse en el programa, llame 1-800-542-2437.

[Type here]

[Type here]

[Type here]

SECCION 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Obtener ayuda de *Health Pointe Direct Complete Plan*

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al *1-888-201-4342*. (sólo TTY, llame al *711*). Estamos disponibles para llamadas telefónicas *7 días a la semana de 8:00 AM a 8:00 PM*. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2020 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2020* para *Health Pointe Direct Complete Plan*. El *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.healthpointeny.com/h5989. También puede revisar el *Evidencia de Cobertura* para ver si otros cambios de beneficio o costo le afectan. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirle que le enviemos *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.healthpointeny.com/h5989. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Tiene información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Y puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en "Buscar planes de salud y medicamentos").

[Type here]

[Type here]

[Type here]

Lea *Medicare & You 2020*

Puede leer el Manual de *Medicare & You 2020*. Cada año en el otoño, este folleto se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

