

2025

Signature (PPO) de Healthfirst

Resumen de beneficios

Este plan Medicare Advantage ofrece más beneficios además de Medicare Original, como servicios dentales, de la vista, de la audición y de acondicionamiento físico. Además, los miembros del plan tienen la opción de acceder al cuidado fuera de la red, y visitar a cualquier médico y hospital de los Estados Unidos que acepte Medicare para el cuidado médico. También recibirá una tarjeta Flex para cubrir copagos por servicios dentales, de la vista y de la audición. Este plan es para personas que no califican para los programas que ayudan a pagar los costos de Medicare, como Ayuda Adicional o Medicaid.

Ciudad de Nueva York y condados de Nassau,
Rockland, Suffolk y Westchester

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

H9678 001

H9678_MKT25_04 001 0663-24_M

Representante de Healthfirst

Teléfono

Correo electrónico



Plan Medicare Advantage de Healthfirst

Representante de Healthfirst, por favor indique sobre qué tipo de plan Medicare Advantage se está hablando:

- ☐ Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ☐ Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) ☐ Plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (HMO D-SNP)

Lista a revisar antes de inscribirse

Antes de tomar la decisión de inscribirse en un plan, es importante entender bien nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132), **los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.**

Comprender los beneficios

- ☐ El documento Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **HFMedicareMaterials.org** o llame al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele al médico) para asegurarse de que los médicos con quienes se atiende actualmente pertenecen a la red de Healthfirst. Si no están en la lista, es posible que tenga que elegir médicos nuevos o inscribirse en un plan PPO para consultar a médicos fuera de la red.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para sus medicamentos recetados pertenece a la red de Healthfirst. Si la farmacia no aparece en la lista, es posible que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprender las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, usted tiene que continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el **1 de enero de 2026**.
- ☐ Para un plan HMO, excepto en situaciones de urgencia o de emergencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en nuestro directorio de proveedores).
- ☐ Para un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO), usted puede consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe estar de acuerdo en proporcionarle tratamiento. Excepto en un caso de emergencia o una situación de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar el cuidado. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- ☐ Para un plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad (D-SNP), su capacidad para inscribirse dependerá de que se verifique que usted tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.
- ☐ Efecto sobre la cobertura actual. Si usted está inscrito(a) actualmente en un plan Medicare Advantage, la cobertura del plan actual terminará cuando comience su nueva cobertura. Si tiene TRICARE® en la actualidad, su cobertura podría verse afectada una vez que comience su nueva cobertura del plan Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience la cobertura de su nuevo plan Medicare Advantage, es probable que quiera cancelar su póliza de Medigap para no pagar por una cobertura que no puede usar.

Índice

Descripción general de Signature (PPO) de Healthfirst	2
Consejos importantes	3
Cómo comunicarse con nosotros y otros contactos importantes	5
Primas, deducibles y gastos de bolsillo	6
Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos por Signature (PPO) de Healthfirst (comparación de costos fuera y dentro de la red)	7
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare	21
Beneficios dentales de Signature (PPO) de Healthfirst	26
Preguntas frecuentes	27
Oficinas de Healthfirst	29
Glosario	30
Documentos para la inscripción	34
Aspectos destacables del plan	47

Descripción general de Signature (PPO) de Healthfirst

Signature (PPO) de Healthfirst es un plan Medicare Advantage que ofrece los beneficios de Medicare Original y mucho más.

¿Qué le hace elegible para ser miembro del plan?

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Vive en uno de estos condados: condados de Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester
- Es una persona ciudadana de los Estados Unidos o está presente en los Estados Unidos legalmente

Healthfirst se dedica a facilitar el cuidado de la salud. Podemos ayudarle a maximizar sus beneficios, respaldar sus necesidades de salud, responder sus preguntas y conectarle con los recursos adecuados, sin necesidad de referidos para consultas con especialistas.

Si cree que podría calificar para Medicaid, Ayuda Adicional (también conocida como Subsidio por bajos ingresos) o para el Programa de Ahorros de Medicare, es posible que tengamos un plan que sea más adecuado para usted. Llame al **1-877-237-1303**, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (TTY en inglés y otros idiomas: 1-888-542-3821) (TTY en español: 1-888-867-4132).

Recientemente, el estado de Nueva York cambió la elegibilidad para los programas como Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare. Si es posible que califique, Healthfirst puede ayudarle a inscribirse. Comuníquese con **Senior Planning Services Community Solutions (SPSCS, por sus siglas en inglés)** al **1-844-559-4219** (de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.) para iniciar una solicitud por teléfono o para programar una cita en una oficina local.

Este documento es un resumen y no incluye todos los servicios cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan, que puede consultar en línea en **HFMedicareMaterials.org**. Los miembros de Healthfirst pueden llamar al **1-833-350-2910** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

Palabras/frases que debe conocer en esta página

Para saber qué significan, consulte el Glosario a partir de la página 30.

- Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Consejos importantes

Use los proveedores y las farmacias dentro de la red.

Signature (PPO) de Healthfirst cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Sin embargo, con este plan, también tiene la opción de acceder al cuidado fuera de la red. Tenga en cuenta que, si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, generalmente pagará más que si utilizara proveedores de la red.

Consulte nuestro directorio de proveedores y farmacias.

La mejor forma de buscar un médico o un especialista y una farmacia dentro de la red de Healthfirst es visitando **HFDocFinder.org**. También puede visitar alguna de nuestras convenientes oficinas locales (visite **healthfirst.org** para encontrar la más cercana a usted). O llámenos al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar asistencia.

Consulte el formulario de Healthfirst.

El formulario es una lista de medicamentos recetados (tanto genéricos como de marca) cubiertos por el plan de salud. Para descargar una copia del formulario de este plan de Healthfirst, visite **HFMedicareMaterials.org**. También puede recoger uno en alguna oficina local de Healthfirst o llamarnos al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar asistencia. Obtenga más información sobre los costos de sus medicamentos cubiertos más adelante en este documento.

Los miembros de Healthfirst pueden solicitar copias impresas de nuestro directorio de proveedores y farmacias o formulario llamando a Servicios a los Miembros, y se las enviaremos por correo.

Lea el manual Medicare y usted.

Esta guía de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) le ayudará a entender las opciones de Medicare. Visite **medicare.gov/medicare-and-you** para ver este manual en línea o pida una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede descargar una copia del manual en **medicare.gov/medicare-and-you/medicare-and-you.html**.



Aplicación móvil Healthfirst NY

La aplicación móvil Healthfirst NY le permite tener acceso al cuidado de la salud al alcance de la mano. Úsela para encontrar servicios esenciales cercanos en su comunidad, comunicarse con un representante local de la oficina local de Healthfirst, ver la información de afiliación y más. Estamos trabajando las 24 horas del día para que pueda conectarse con el cuidado que necesita y esperamos que pueda tener nuevas funciones a su disposición.

Los miembros de Healthfirst pueden:

- Acceder a su tarjeta de identificación de miembro digital y guardarla o enviarla por correo electrónico o por mensaje de texto.
- Encontrar servicios esenciales cercanos, como alimentos, vivienda, educación, empleo, planificación familiar, asistencia financiera y legal, y más.
- Encontrar farmacias, clínicas de salud minoristas, centros de atención de urgencia y otros proveedores.
- Usar nuestra oficina local virtual de Healthfirst para buscar un representante de ventas por distrito, ubicación de oficina, idioma y género.
- Acceder a Teladoc® para hablar con médicos certificados por la junta médica de los Estados Unidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o videollamada.
- Comunicarse con Servicios a los Miembros para obtener respuestas sobre los beneficios.
- Recibir notificaciones instantáneas en su dispositivo para mantenerse informado, conocer nuevas funciones y más.
- Hablar con un representante de Healthfirst durante el horario de oficina.
- Consultar el saldo de su tarjeta OTC Plus.
- Escanear códigos de barras de artículos de venta sin receta en las farmacias participantes para ver si los artículos están cubiertos.



Portal para miembros de Healthfirst

Acceda a sus beneficios de salud las 24 horas del día, los 7 días de la semana desde su computadora o tableta. Cree hoy mismo su cuenta de Healthfirst en **es.MyHFNY.org** para empezar a disfrutar al máximo de sus beneficios. Siempre que necesite encontrar un médico, un especialista, una farmacia, un dentista, un especialista en el cuidado de la vista, un hospital, una clínica de salud minorista o un centro de atención de urgencia que esté cubierto por su plan, puede hacerlo fácilmente en línea.

Con su cuenta de Healthfirst, podrá tener acceso en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana para:

- Buscar un médico, una farmacia, un centro de atención de urgencia o una clínica dentro de nuestra red.
- Acceder a muchos de los formularios que necesita e imprimirlos.
- Consultar o imprimir una tarjeta de identificación de miembro temporal.
- Ver las reclamaciones médicas y autorizaciones recientes.
- Revisar los beneficios del plan y farmacia.
- Cambiar de proveedor de cuidado primario (PCP).
- Calcular los costos de su tratamiento.
- Realizar un seguimiento de sus gastos de deducible.
- Responder una encuesta de evaluación anual de salud en línea.
- Ver una lista completa de los medicamentos recetados cubiertos por su plan.
- Hablar con un representante de Healthfirst durante el horario de oficina.
- Verificar el saldo de su tarjeta OTC Plus.

Compatibilidad con Apple®: requiere iOS 13.0 o posterior. Compatible con iPhone®, iPad® y iPod touch. Apple® y Apple logo® son marcas registradas de Apple Inc. Compatibilidad con Android™: requiere Android 8.0 Oreo™ o posterior. Es compatible con teléfonos con Android. Android, Google Play y el logotipo de Google Play son marcas comerciales de Google LLC.

Cómo comunicarse con nosotros y otros contactos importantes

Nombre del representante de ventas de Healthfirst

Teléfono

Sitios web de Healthfirst	healthfirst.org/medicare
Planes Medicare de Healthfirst (para no miembros)	1-877-237-1303 TTY 1-888-867-4132 Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.
Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY 1-877-486-2048 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana medicare.gov
Seguro Social	1-800-772-1213 TTY 1-800-325-0778 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Programa de Cobertura del Seguro de Productos Farmacéuticos para Personas Mayores (EPIC, por sus siglas en inglés)	1-800-332-3742 TTY 1-800-290-9138 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Primas, deducibles y gastos de bolsillo

Estos son los costos de cuidado médico en relación con el plan Signature (PPO) de Healthfirst:

		Información importante
Prima mensual	\$0	Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, que comienza en \$174.70 por mes (en 2024) y aumenta según sus ingresos. La cantidad de la prima de la Parte B de Medicare puede cambiar para 2025. Si se le dificulta pagar la prima mensual de la Parte B, comuníquese con Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910 (TTY 1-888-867-4132) para ver si puede calificar para un Programa de Ahorros de Medicare.
Deducible médico anual	\$0	
Deducible para medicamentos	\$590	Este deducible solo se aplica a los medicamentos de Nivel 4 (no preferidos) y de Nivel 5 (especialidad).
Gasto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) (no incluye medicamentos recetados)	\$5,000 al año para los servicios cubiertos por Medicare recibidos de proveedores dentro de la red \$8,000 al año para los servicios cubiertos por Medicare recibidos de proveedores dentro de la red y fuera de la red	Si alcanza el límite de sus gastos de bolsillo, puede seguir recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos por Medicare y Healthfirst pagará el costo total el resto del año. Consulte el manual “Medicare & You” (Medicare y usted) para ver los servicios cubiertos por Medicare. Nota: No se aplica a los costos de medicamentos recetados. Aun así deberá pagar la parte que le corresponde de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D. Esto tampoco se aplica a los beneficios que no están cubiertos por Medicare.

 **Palabras/frases que debe conocer en esta página**

Para saber qué significan, consulte el Glosario a partir de la página 30.

- Deducible
- Gasto máximo de bolsillo
- Parte B

- Parte D
- Prima

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos por Signature (PPO) de Healthfirst (comparación de costos fuera y dentro de la red)

Medicare Original es una cobertura de salud administrada por el gobierno federal e incluye solo la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Signature (PPO) de Healthfirst es un plan Medicare Advantage que ofrece los mismos beneficios que Medicare Original, además de otros beneficios como \$725 al año en la tarjeta Flex, servicios dentales, de la vista, de la audición, acupuntura, comidas después del alta, SilverSneakers®, la opción de acceder al cuidado fuera de la red y más. *Los servicios que tengan un asterisco (*) pueden requerir autorización previa.*

Consulte los aspectos destacables del plan en la página 47.

Estos son los costos de cuidado médico en relación con Signature (PPO) de Healthfirst:

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura para pacientes internos*		
	Copago de \$325 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días del 6 en adelante	Coseguro del 40% por estadía
	El plan cubre una cantidad ilimitada de días de estadía hospitalaria como paciente interno, según la necesidad médica.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*		
	\$0 para procedimientos, pruebas y radiografías de diagnóstico Coseguro del 20% para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Coseguro del 30%

Palabras/frases que debe conocer en esta página

Para saber qué significan, consulte el Glosario a partir de la página 30

- Paciente interno
- Paciente ambulatorio

	Dentro de la red	Fuera de la red
Centro quirúrgico ambulatorio*		
	\$0 para procedimientos, pruebas y radiografías de diagnóstico Copago de \$240 para todos los demás servicios en un centro quirúrgico ambulatorio	Coseguro del 30%
Consultas médicas*		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$50
Especialistas	Copago de \$35	Copago de \$60

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo		
Esto incluye el cuidado preventivo cubierto por Medicare, como: • Colonoscopías • Mamografías • Mediciones de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Examen de detección de diabetes • Y otros exámenes de detección de cáncer El cuidado preventivo también incluye consultas anuales de bienestar, donde se pueden controlar la altura, el peso, la presión arterial y otras mediciones de rutina. En su chequeo anual, pregúntele a su médico qué cuidados preventivos le recomienda. Asegúrese de aprovechar todos los cuidados preventivos sin costo para los que es elegible cada año. Para obtener una lista completa de los servicios de cuidado preventivo cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del plan, que puede encontrar en línea en HFMedicareMaterials.org. Los miembros de Signature (PPO) de Healthfirst pueden llamar al 1-833-350-2910 (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.	Copago de \$0	Copago de \$0-coseguro del 50% (según el servicio)

Palabras/frases que debe conocer en esta página

Para saber qué significan, consulte el Glosario a partir de la página 30

- Examen de detección de enfermedades cardiovasculares
- Colonoscopia
- Mamografía
- Servicios de cuidado preventivo

	Dentro de la red	Fuera de la red
Atención de emergencia		
	Copago de \$125 por atención de emergencia en los Estados Unidos y en todo el mundo.	
	Servicios de emergencia Debe buscar atención de emergencia si piensa que su afección médica requiere cuidado médico de inmediato. Si lo ingresan en un hospital de los Estados Unidos en un plazo de 24 horas, se eximirá el copago de atención de emergencia. Si no piensa que su afección médica es lo suficientemente grave como para necesitar atención de emergencia, pero aun así necesita atención médica, considere solicitar servicios de urgencia (consulte la página siguiente). Cobertura de emergencias en todo el mundo La atención de emergencia tiene cobertura en los Estados Unidos y en todo el mundo con un beneficio máximo de \$200,000. El plan no cubrirá ningún medicamento recetado de la Parte D que reciba como parte de una consulta de atención de emergencia en otro país.	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de urgencia		
	Copago de \$45 por servicios de urgencia en los Estados Unidos y en todo el mundo.	
	Servicios de urgencia Los centros de atención de urgencia son una buena opción cuando su proveedor de cuidado primario se encuentra de vacaciones o no puede ofrecerle una cita oportuna, o cuando usted está enfermo o padece una lesión menor fuera del horario de atención normal del consultorio de su médico. Cobertura de urgencia en todo el mundo Como en el caso de la atención de emergencia, la atención de urgencia tiene cobertura en todo el mundo con un beneficio máximo de \$200,000, pero no se cubrirán los medicamentos recetados de la Parte D que haya recibido como parte de la atención de urgencia en otro país. Beneficios de los centros de atención de urgencia: • No se necesita programar una cita con anticipación • Muchos centros han extendido su horario de atención y están abiertos siete días a la semana • La consulta aquí puede costar menos que una consulta en la sala de emergencias	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías*		
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Copago de \$60
Procedimientos y pruebas de diagnóstico (incluidas las radiografías)	Copago de \$0	Copago de \$60
Servicios de radiología de diagnóstico (incluidas resonancias magnéticas [MRI, por sus siglas en inglés] y tomografías computarizadas [CT, por sus siglas en inglés])	Copago de \$100	Coseguro del 30%
Radiología terapéutica	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%



Siglas que debe conocer en esta página

Para saber qué significan, consulte el Glosario a partir de la página 30

- CT
- MRI

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de audición*		
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y problemas relacionados con el equilibrio	Copago de \$35	Copago de \$60
Examen de audición de rutina y audífonos	Copago de \$0 por exámenes de audición de rutina (uno por año) Copago de \$0 por ajuste o evaluación de audífonos(uno por año) Los copagos por audífono varían según el nivel de tecnología que seleccione con su proveedor de cuidado de la salud: • Elemental = \$0 • Básico = \$175 • Excelente = \$475 • Preferido = \$775 • Avanzado = \$1,075 • Premium = \$1,475 Límite de un (1) audífono por oído, por año El examen de audición de rutina y los audífonos deben obtenerse de un proveedor de NationsHearing®.	

Para obtener información adicional, incluidos los costos compartidos, consulte la Evidencia de cobertura de este plan. Puede acceder a la Evidencia de cobertura de Signature (PPO) de Healthfirst en línea en **HFMedicareMaterials.org**. Los miembros de Signature (PPO) de Healthfirst pueden llamar al **1-833-350-2910** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales*		
De diagnóstico y preventivos: • Limpiezas • Radiografías dentales • Exámenes bucales • Tratamiento con fluoruro	Copago de \$0 ¹	Copago de \$0 a \$20 ¹
Integrales: • Servicios de diagnóstico y que no sean de rutina • Servicios de reconstrucción (como coronas, amalgamas de plata permanentes y empastes compuestos de resina) • Cirugía maxilofacial • Cirugía de conducto radicular • Periodoncia (prótesis/coronas) • Dentaduras postizas, incluidos los ajustes y las reparaciones	Copago de \$0 ¹	Copago de \$0 a \$100 ¹
El plan paga hasta \$1,500 por año para los servicios dentales preventivos e integrales combinados.		

¹Los servicios dentales deben ser médicamente necesarios; hay exclusiones y limitaciones.

Para obtener información adicional, incluidos los costos compartidos, consulte la Evidencia de cobertura de este plan. Puede acceder a la Evidencia de cobertura de Signature (PPO) de Healthfirst en línea en **HFMedicareMaterials.org**. Los miembros de Signature (PPO) de Healthfirst pueden llamar al **1-833-350-2910** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de la visión*		
Examen de la vista cubierto por Medicare, incluido el diagnóstico y tratamiento para enfermedades y afecciones del ojo (incluidos los exámenes de detección de retinopatía diabética y glaucoma)	Copago de \$0	Copago de \$60
Examen de la vista de rutina para anteojos/lentes de contacto y adaptación para lentes de contacto	Copago de \$0	
Anteojos de rutina	Beneficio de \$250 cada año para anteojos o lentes de contacto. El examen de la vista de rutina y los anteojos deben obtenerse un proveedor participante de EyeMed.	

Para obtener información adicional, incluidos los costos compartidos, consulte la Evidencia de cobertura de este plan. Puede acceder a la Evidencia de cobertura de Signature (PPO) de Healthfirst en línea en **HFMedicareMaterials.org**. Los miembros de Signature (PPO) de Healthfirst pueden llamar al **1-833-350-2910** (TTY 1-888-867-4132) para solicitar que le envíen una copia por correo.

	Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental*		
Psiquiatra como paciente interno	Copago de \$300 por día para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día para los días del 6 en adelante	Coseguro del 40% por estadía
	El plan cubre hasta 190 días de por vida (según la necesidad médica) para el cuidado de la salud mental para pacientes internos en un hospital psiquiátrico independiente. Si usó parte del beneficio de por vida de 190 días de Medicare antes de inscribirse en Signature (PPO) de Healthfirst, solo tendrá derecho a recibir la diferencia entre la cantidad de días que ya usó y el beneficio autorizado del plan. El límite de cuidado hospitalario para pacientes internos no corresponde a los servicios de salud mental para pacientes internos brindados en una unidad de psiquiatría de un hospital de cuidado agudo general.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios, incluidas consultas con psiquiatras, terapia individual o grupal y terapia para trastorno debido al uso de sustancias	Copago de \$0	Copago de \$50
Servicios de tratamiento para dejar los opiáceos	Copago de \$0	Coseguro del 50%
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)*		
	Copago de \$10 por día para los días 1 a 20 Copago de \$214 por día para los días 21 a 100	Coseguro del 50% por estadía
	Las estadías en un SNF son para cuando necesita cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación en un centro de enfermería especializada. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por ingreso. No se requiere una hospitalización previa.	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Consulta de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje*		
Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$20	Copago de \$60
Ambulancia (terrestre y aérea)		
	Copago de \$275 por viaje de ida o vuelta para servicios de ambulancia de emergencia o de ida o vuelta o ida y vuelta para servicios de ambulancia que no sean de emergencia	
	El transporte en ambulancia está cubierto cuando necesita ser trasladado a un hospital o centro de enfermería especializada para recibir servicios médicamente necesarios, y cuando el transporte en cualquier otro vehículo podría poner en riesgo su salud.	
Transporte complementario		
	Sin cobertura	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare*		
	Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia y otros. Coseguro del 0% al 20% hasta \$35 por los medicamentos para la insulina de la Parte B	Coseguro del 50%
	Se puede requerir un tratamiento escalonado. Es posible que deba probar un medicamento más económico que demuestre ser eficaz para la mayoría de las personas con su afección antes de poder subir un "escalón" hacia un medicamento más costoso.	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Tarjeta Flex		
El beneficio se proporciona mediante una tarjeta Flex; no se puede obtener dinero con ella. La tarjeta Flex puede utilizarse en lo siguiente: • Anteojos más allá de su máximo de beneficio anual de \$250 y copagos por exámenes de la vista cubiertos por Medicare fuera de la red • Servicios dentales: costos de los servicios dentales cubiertos más allá de su máximo del plan de \$1,500 y copagos por servicios preventivos e integrales fuera de la red • Audífonos: comprados a través de NationsHearing® • Equipos de gimnasia, medidores de actividad y sistemas personales de respuesta para emergencias (PERS, por sus siglas en inglés) Los saldos sin usar vencen al final del año calendario o con la desafiliación de Signature (PPO) de Healthfirst.	Beneficio de \$725 por año para artículos y servicios dentales, de la vista y de la audición cubiertos.	
Acupuntura*		
Acupuntura para el dolor crónico en la parte inferior de la espalda El plan cubre tratamientos de acupuntura para dolores crónicos en la parte inferior de la espalda de hasta 20 consultas por año en determinados casos.	Copago de \$0	Copago de \$50
Acupuntura de rutina (12 consultas de acupuntura por año para otras afecciones, incluido el dolor crónico en la parte inferior de la espalda)	Copago de \$0	Copago de \$50
Servicios de rehabilitación*		
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) y servicios de rehabilitación cardíaca intensivos	Copago de \$0	Copago de \$50
Servicios de rehabilitación pulmonar (del pulmón) Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés) para miembros con arteriopatía periférica sintomática (PAD, por sus siglas en inglés)	Copago de \$15	Copago de \$60

	Dentro de la red	Fuera de la red
Clínica de salud minorista		
Las clínicas de salud minoristas se encuentran dentro de las tiendas de las farmacias minoristas (como Minute Clinic en CVS), y les ofrecen a los miembros la posibilidad de recibir cuidados sin cita previa, incluso durante la noche y los fines de semana. Las clínicas de salud minoristas no incluyen centros de atención de urgencia. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas leves	Copago de \$15	Copago de \$60
Podología (cuidado de los pies)*		
El diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) Cuidado de rutina de los pies El plan cubre hasta 12 consultas de rutina para el cuidado de los pies por año	Copago de \$35	Copago de \$60
Equipos/suministros médicos*		
Glucómetros continuos y sus suministros, capacitación para el autocontrol de la diabetes y plantillas o zapatos terapéuticos	Copago de \$0	Coseguro del 50%
Equipo médico duradero (andadores, sillas de ruedas, tanques de oxígeno, muletas y más) Dispositivos protésicos (dispositivos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.) y suministros médicos relacionados.	Coseguro del 20%	Coseguro del 50%

	Dentro de la red	Fuera de la red
Programas de bienestar*		
Cuidado quiropráctico: manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando hay un desplazamiento de uno o más huesos de la columna vertebral)	Copago de \$20	Copago de \$50
Cuidado quiropráctico de rutina	Copago de \$20	Copago de \$50
Asesoramiento nutricional: hasta seis consultas anuales de asesoramiento preventivo o para reducir factores de riesgo, que deben ser provistas por profesionales clínicos con licencia estatal o certificados (es decir, médicos, enfermeros, dietistas registrados o nutricionistas). Las sesiones pueden ser individuales o grupales.	Copago de \$0	Copago de \$50
Línea de ayuda de enfermería		
La Línea de Ayuda de Enfermería es un servicio telefónico gratuito disponible las 24 horas del día para recibir consejos sobre bienestar y ayuda para encontrar un médico.	Copago de \$0	
Cuidado de una agencia de servicios de salud en el hogar*		
Para que reciba servicios para la salud en el hogar, su médico debe certificar que necesita dichos servicios y los solicitará a una agencia de servicios de salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su hogar, lo que significa que hacerlo le resulta muy difícil.	Copago de \$0	Coseguro del 50%
Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare		
El programa incluye sesiones para cambiar el comportamiento de la salud que promueva la pérdida de peso mediante una alimentación saludable y la actividad física.	Copago de \$0	

	Dentro de la red	Fuera de la red
Telemedicina		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	Copago de \$0	Copago de \$50
Especialista	Copago de \$35	Copago de \$60
Servicios de salud de Teladoc® para medicina general, dermatología y salud mental	Copago de \$0	
	Teladoc le permite conectarse con médicos certificados por la junta médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o videollamada desde su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden diagnosticar, tratar e incluso hacer recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia. Sin embargo, este programa no reemplaza a su médico de cuidado primario. Debe realizar un seguimiento con su médico de cuidado primario ante cualquier tratamiento que proporcione Teladoc.	
Comidas (después del alta)*		
Cobertura de hasta 84 comidas entregadas en su hogar por un período de hasta 28 días luego de recibir el alta del hospital al hogar o de un centro de enfermería especializada al hogar con una estadía mayor a dos días.	Copago de \$0 (debe organizarse a través del proveedor dentro de la red)	
SilverSneakers®		
SilverSneakers es más que un programa de acondicionamiento físico. Le brinda acceso a más de 15,000 centros de acondicionamiento físico, más de 80 tipos de clases comunitarias de SilverSneakers FLEX, como grupos para caminar al aire libre y talleres de nutrición a cargo de instructores capacitados en el acondicionamiento físico de adultos mayores, cientos de videos de rutinas de ejercicios en la biblioteca en línea SilverSneakers On-Demand™, consejos de acondicionamiento físico y nutrición en línea, y su aplicación móvil con programas de ejercicios digitales. También puede obtener suministros de acondicionamiento físico para el hogar que se envían directamente a su hogar y más, sin costo adicional.	Copago de \$0 (debe usar SilverSneakers)	

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Los costos de los medicamentos dependen de tres factores:

1. El deducible del medicamento de su plan
2. El nivel del medicamento
3. La etapa de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D en la que se encuentre actualmente

Existen cinco niveles de medicamentos y tres etapas de cobertura de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Consulte la tabla en la siguiente página.

- Su plan Signature tiene un deducible anual de \$590 para medicamentos recetados de la Parte D (el monto que usted paga por los medicamentos recetados antes de que su plan comience a pagar), por lo que debe pagar el costo total del medicamento hasta alcanzar el deducible. Después de esto, el plan comienza a pagar parte del costo del medicamento. Por ejemplo, debido a que el deducible del plan es \$590 y solo se aplica a los medicamentos en los Niveles 4 y 5, usted debe pagar \$590 de su bolsillo antes de que el plan le ayude a pagar los costos de sus medicamentos o los medicamentos en los Niveles 4 y 5.
 - Los miembros de Healthfirst pueden solicitar copias impresas de nuestro directorio de proveedores y farmacias o formulario llamando a Servicios a los Miembros, y se las enviaremos por correo.
- Consulte el formulario del plan de Healthfirst (lista de medicamentos aprobados) en healthfirst.org/formularies para ver si su medicamento recetado está cubierto y averiguar en qué nivel se encuentra. Todos los medicamentos de Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) no están sujetos al deducible para medicamentos y tienen un copago de \$0.
- A continuación, revise la etapa de cobertura del medicamento recetado de la Parte D. Debe comenzar en la etapa del deducible y avanzar a medida que aumenta el monto total que se gasta en el medicamento. Según la etapa donde se encuentre, el costo del suministro para 30 días de su medicamento cambiará.
 - **Etapas del deducible:**
usted paga el costo total hasta alcanzar el deducible para los medicamentos en los Niveles 4 y 5. Para los medicamentos en todos los demás niveles, el plan paga la parte que le corresponde del costo de su medicamento.
 - **Etapas de cobertura inicial:**
usted paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y su plan pagará su parte.
 - **Etapas de cobertura en situaciones catastróficas:**
el plan paga el costo total del medicamento, por lo que el costo para usted es de \$0 durante el resto del año.

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

	Etapa del deducible	Etapa de cobertura inicial	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas
	→	→	
Monto total que se gasta en los medicamentos (lo que usted paga más lo que pagó el plan del año hasta la fecha)	\$590	de \$590.01 a \$2,000	Más de \$2,000.01
El costo del suministro para 30 días, según el nivel del medicamento y la etapa de medicamentos recetados de la Parte D			
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$0
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	Copago de \$47	Copago de \$47	Copago de \$0
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	El costo total de los medicamentos	Coseguro del 50%	Copago de \$0
Nivel 5 Medicamentos especializados	El costo total de los medicamentos	Coseguro del 25%	Copago de \$0

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Con Healthfirst, puede ahorrar aún más en el suministro de insulina (en los Niveles 1 a 3). Puede surtir un suministro para 90 días de insulina por el mismo precio que un suministro para 30 días. Consulte el Formulario de su plan de Healthfirst en healthfirst.org/formularies para ver qué insulinas cubrimos.

Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Puede ahorrar dinero si obtiene un suministro para 90 días de medicamentos recetados en los Niveles 1 a 3 por el mismo costo que un suministro para 30 días durante la etapa de cobertura inicial en la farmacia participante local o a través del pedido por correo.

Etapa de cobertura inicial	Suministro para 30 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2 Medicamentos genéricos	Copago de \$15	Copago de \$15
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	Coseguro del 50%	Coseguro del 50%
Nivel 5 Medicamentos especializados	Coseguro del 25%	No disponible

Para obtener más información sobre los costos compartidos adicionales según la farmacia y las etapas del beneficio, puede consultar nuestra Evidencia de cobertura en línea en **HFMedicareMaterials.org**.

Con Healthfirst, surtir sus recetas es fácil

Tanto si es la primera vez que surte una receta como si va a resurtirla por tercera vez, Healthfirst puede ayudarle a asegurarse de que recibe los medicamentos que necesita.

Tiene tres (3) formas convenientes de obtener sus medicamentos recetados:

1. Entrega a domicilio (en la puerta de su hogar)

Consulte con su farmacia porque muchas ofrecen entrega gratuita. Si no realizan entregas, llámenos y le ayudaremos a encontrar farmacias cercanas que ofrezcan entrega a domicilio.

2. Entrega por correo (buzón)

Asegúrese de tener a mano sus medicamentos de mantenimiento. Llámenos para que le ayudemos a encontrar una farmacia que ofrezca un servicio cómodo de entrega por correo.

3. Farmacia del vecindario

Recoja sus medicamentos recetados en una farmacia local de su vecindario:

- Puede ir a cualquier farmacia de la red de Healthfirst
- Visite **HFDocfinder.org** para encontrar una cerca de su hogar

Es posible que haya algunas farmacias cerca de su ubicación que puedan ofrecerle más servicios sin costo adicional para usted, por ejemplo:

- Coordinar sus diferentes resurtidos para que pueda recogerlos todos en el mismo día, a la misma hora
- Agrupar sus medicamentos recetados diarios en paquetes para facilitar la toma diaria
- Ofrecer asesoramiento de salud

Llámenos al **1-866-463-6743** para que le ayudemos a encontrar una farmacia como esta cerca de usted.

Respaldo adicional de la farmacia

Si necesita ayuda para recordar resurtir sus recetas, pregúntele a su farmacéutico si puede enviarle recordatorios de resurtido. De este modo, sabrá cuándo es el momento de recoger su próximo resurtido y siempre tendrá suficiente medicamento disponible. Es importante que tome sus medicamentos como se los recetó su médico.

¿Desea tener más ahorros y comodidad con sus medicamentos recetados? Pídale a su médico que le recete suministros de los medicamentos para 90 días siempre que sea posible. Ya no tendrá que ir a la farmacia todos los meses, y un suministro para 90 días de algunos medicamentos puede incluso costar lo mismo que un suministro para 30 días.

Los miembros de Healthfirst que necesiten ayuda para obtener sus recetas pueden llamar al equipo de farmacia de Healthfirst al **1-844-347-2955**. Estamos a disposición para ayudarlo a obtener los medicamentos que necesita.

Beneficios dentales de Signature (PPO) de Healthfirst

La salud dental es una parte importante de su bienestar general. Los beneficios dentales del plan Signature (PPO) de Healthfirst incluyen una amplia gama de servicios diseñados para ayudarlo a mantener una sonrisa saludable. Algunos de los servicios que este plan incluyen:

Categoría de servicio	Servicio	Su costo*
Servicios preventivos/de diagnóstico	Exámenes dentales	\$0
	Limpiezas de rutina	\$0
	Radiografías dentales	\$0
Servicios integrales	Empastes	\$0
	Limpiezas profundas	\$0
	Extracciones	\$0
	Tratamientos de conducto	\$0
	Coronas	\$0
	Dentaduras postizas	\$0

* Signature (PPO) de Healthfirst paga hasta \$1,500 por año para los servicios dentales preventivos e integrales combinados recibidos dentro y fuera de la red. Los costos compartidos reflejan los montos dentro de la red.

Para encontrar un dentista dentro de la red, consulte **HFDocFinder.org**. O bien, si tiene preguntas sobre los beneficios dentales de Signature (PPO) de Healthfirst, llámenos al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Los servicios dentales deben ser médicamente necesarios; hay limitaciones y exclusiones.



Preguntas frecuentes

Acerca de Signature (PPO) de Healthfirst

¿Quiénes pueden inscribirse en Signature (PPO) de Healthfirst?

Para inscribirse en Signature (PPO) de Healthfirst, debe tener derecho a recibir la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y seguir pagando dicha parte y vivir en el área de servicio de Signature (PPO) de Healthfirst. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de Nueva York: Bronx, Kings, Nassau, Nueva York, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester. Si bien cualquier persona puede inscribirse en Signature (PPO) de Healthfirst, el plan está diseñado para personas que no califican para los programas que ayudan a pagar los costos de Medicare, como Ayuda Adicional o Medicaid. Si cree que podría calificar para alguno de estos programas, llámenos y le ayudaremos a encontrar el plan de Healthfirst adecuado para usted. Llame al **1-877-237-1303**, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (TTY 1-888-867-4132).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Signature (PPO) de Healthfirst cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, usted generalmente pagará copagos/coseguros más altos por estos servicios. Sin embargo, también tiene la opción de visitar a cualquier proveedor en los Estados Unidos que acepte Medicare. Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias del plan en la aplicación móvil Healthfirst NY o en nuestro sitio web (**HFDocFinder.org**). O bien, puede llamarnos y pedirnos que le enviemos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más. Aquí hay algunos de los costos médicos que Healthfirst cubre y que Medicare Original no cubre:

- Exámenes de la vista de rutina y anteojos
- Medicamentos recetados
- Chequeos de audición y audífonos
- Cuidado dental

Comparación de Signature (PPO) de Healthfirst con otras opciones de seguro

¿Qué diferencias hay entre Signature (PPO) de Healthfirst y Medicare Original?

Signature (PPO) ofrece beneficios adicionales además de Medicare Original (por ejemplo, servicios dentales, de la vista, de la audición, y una tarjeta Flex) y puede ser el adecuado para usted si no califica para recibir ayuda financiera adicional.

¿Qué diferencias hay entre Signature (PPO) de Healthfirst y otras PPO de Medicare?

A diferencia de otras PPO, tiene un beneficio de tarjeta Flex de \$725 por año que puede usar para gastos dentales, de la vista y de la audición, así como equipos de gimnasia, medidores de actividad y sistemas personales de respuesta para emergencias (PERS). Además, puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener ayuda con respecto a los beneficios de salud.

Costos del plan

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Consulte la tabla en la página 23 para obtener una descripción general de los costos de sus medicamentos. Para saber en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará, consulte la lista de medicamentos aprobados de su plan en **healthfirst.org/formularies**. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento que tome y de la etapa de beneficios en la que se encuentre. En la sección Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (página 22), analizamos las etapas de beneficios: Etapa del deducible, etapa de cobertura inicial y etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

¿Tendré que pagar una prima mensual o un deducible?

Signature (PPO) de Healthfirst tiene una prima de \$0 y un deducible de \$0 para servicios médicos y hospitalarios. Existe un deducible anual de \$590 para los Niveles 4 y 5 de medicamentos recetados. Para los medicamentos de Nivel 1, 2, 3 y 6, no hay deducible.

¿Con quién debo comunicarme si necesito ayuda con los costos de cuidado médico?

Comuníquese con nosotros al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132).

Oficinas de Healthfirst

Le facilitamos la comunicación con nosotros: por teléfono, en línea y en persona. Visite una de nuestras oficinas locales ubicadas convenientemente, nuestra oficina local virtual en línea y las redes sociales.



Oficinas locales cerca de usted

Bronx Fordham 412 E. Fordham Road (entrada por Webster Avenue) Parkchester 112 Hugh J. Grant Circle (entre Cross Bronx Expressway y Virginia Avenue)	Manhattan Chinatown 128 Mott Street, Sala 407 (entre Grand Street y Hester Street) 28 E. Broadway (entre Catherine y Market Street)	Queens (continuación) Richmond Hill 122-01 Liberty Avenue (entre 122nd Street y 123rd Street) Ridgewood 56-29 Myrtle Avenue (entrada por Catalpa Avenue)
Brooklyn Bensonhurst 2236 86th Street (entre Bay 31st Street y Bay 32nd Street) Brighton Beach 314 Brighton Beach Avenue (entre Brighton 3rd Street y Brighton 4th Street) Crown Heights 263 Utica Avenue (entre Eastern Parkway y Lincoln Place) Flatbush 2166 Nostrand Avenue (entre Avenue H y Hillel Place) Sunset Park 5202 5th Avenue (esquina de 5th Avenue y 52nd Street) 5324 7th Avenue (entre 53rd Street y 54th Street)	East Harlem 116 E. 116th Street (entre Park Avenue y Lexington Avenue) Washington Heights 1467 St. Nicholas Avenue (entre W. 183rd y W. 184th Street) Queens Elmhurst 40-08 81st Street (entre Roosevelt Avenue y 41st Avenue) Flushing 41-60 Main Street Salas 201 y 311 (entre Sanford Avenue y Maple Avenue) - Main Plaza Mall 37-02 Main Street (entre 37th Avenue y 38th Avenue) Jackson Heights 93-14 Roosevelt Avenue (entre Whitney Avenue y 94th Street) Jamaica 161-21 Jamaica Avenue (esquina de Jamaica Avenue y 162nd Street)	Long Island Condado de Nassau Hempstead 242 Fulton Avenue (entre N. Franklin Street y Main Street) Condado de Suffolk Bay Shore South Shore Mall 1701 Sunrise Highway (en el área de JCPenney) Lake Grove Smith Haven Mall 313 Smith Haven Mall Patchogue 99 West Main Street (entre West Avenue y Havens Avenue) Condado de Orange Newburgh Crossroads Plaza 50 NY 17K Condado de Westchester Yonkers 13 Main Street (entre Warburton Avenue y N Broadway)

Ingrese en healthfirst.org/locations para obtener una lista actualizada de las ubicaciones de las oficinas, junto con los horarios de atención y visite HFVirtualCommunityOffice.org para comunicarse con un representante de Healthfirst de su área.

Glosario

Ambulatory Surgery Center (Centro quirúrgico ambulatorio)

Centro que brinda servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios, exclusivamente a aquellos pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista no supera las 24 horas.

Benefit Period (Período de beneficios)

Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente interno en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes internos (o cuidado especializado en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si usted va a un hospital o SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Bone Mass Measurement (Medición de la masa ósea)

Mide la densidad ósea para determinar si un paciente tiene osteoporosis (osteopatía).

Cardiovascular Screening (Examen de detección de enfermedades cardiovasculares)

Examen para identificar enfermedades cardíacas.

Coinsurance (Coseguro)

Porcentaje de los costos de un servicio de cuidado de la salud cubierto que usted paga después de haber realizado el pago del deducible. Su compañía de seguros paga el resto.

Ejemplo: un coseguro común es el 20%. En este caso, después de que usted haya alcanzado su deducible, Healthfirst pagará el 80% del costo. Usted pagará el 20% restante del costo.

Con Medicare Original, usted pagará un coseguro del 20% para la mayoría de los servicios para pacientes ambulatorios. Sin embargo, con el Plan Signature (PPO) de Healthfirst, pagará un copago menor para muchos de esos mismos servicios.

Colonoscopia (Colonoscopy)

Procedimiento médico en el que se usa un instrumento largo, flexible y con forma de tubo para ver el interior completo del colon (intestino grueso) y del recto.

Copayment (or copay) (Copago)

Tarifa fija que usted paga cada vez que va al médico, surte sus medicamentos recetados o recibe otros servicios.

Ejemplo: si su plan de salud tiene un copago de \$10 para el médico de cuidado primario (PCP), debe pagar \$10 para realizarse un control con su PCP.

Cost Sharing (Costos compartidos)

Término general para sus gastos de salud, incluidos los deducibles, el coseguro y los copagos.

Covered Service (Servicio cubierto)

Servicio al que tiene derecho y que su plan cubrirá conforme a los términos de su plan. Es posible que se apliquen algunos costos compartidos.

CT (Tomografía computarizada [CT])

La tomografía computarizada es un procedimiento médico de estudios por imágenes en 3D.

Deductible (Deducible)

Monto de dinero que usted debe pagar (si corresponde) en concepto de gastos cubiertos cada año antes de que su plan o programa pague cualquier suma por algunos servicios cubiertos. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

Ejemplo: si su deducible es de \$500, usted debe gastar \$500 en servicios de cuidado de la salud cubiertos dentro de un año antes de que su plan o programa comience a pagar sus servicios de salud. Su deducible se restablece al comienzo del año.

Diabetes Screening (Examen de detección de diabetes)

Examen para determinar si tiene un nivel elevado de azúcar en la sangre.

Dual-Eligible Individual (Persona con doble elegibilidad)

Persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Effective Date (Fecha de entrada en vigencia)

Fecha en la que inicia la cobertura de su plan.

Evidence of Coverage (Evidencia de cobertura [EOC])

La EOC le brinda detalles sobre lo que cubre su plan, cuánto debe pagar usted y más.

Explanation of Benefits (Explicación de beneficios [EOB])

Un formulario que recibirá y en el que se explican los tratamientos que usted recibió, la porción del costo que está cubierta según su plan y el monto restante que quizá deba pagar o que ya puede haber pagado directamente a su proveedor.

Extra Help (Ayuda adicional)

También conocida como “subsidio por bajos ingresos”. Las personas que califican para este programa reciben ayuda para pagar las primas mensuales de su plan, además del deducible y los copagos anuales por sus medicamentos recetados.

Formulary (Formulario)

Lista de medicamentos recetados (genéricos y de marca) cubiertos por su plan de salud.

También se lo puede denominar lista de medicamentos recetados de la Parte D o lista de medicamentos.

Health Maintenance Organization (Organización de Mantenimiento de la Salud [HMO])

Tipo de plan de seguro médico. En la mayoría de las HMO, solo puede acudir a los hospitales, médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que tengan acuerdos con el plan, excepto en caso de una emergencia. Algunos planes HMO exigen que obtenga un referido de su médico de cuidado primario antes de consultar a un especialista. (Healthfirst no exige a ningún miembro de un plan HMO que obtenga referidos para el cuidado de especialistas dentro de la red).

Hospital Affiliation (Afiliación a hospitales)

Muestra los hospitales donde hay un médico o proveedor que puede tratar pacientes.

In-Network Provider (Proveedor dentro de la red)

Médicos y hospitales que son parte de la red de Healthfirst y proporcionan cuidado de la salud a nuestros miembros.

Inpatient (Paciente interno)

Una estadía hospitalaria como paciente interno es cuando un médico lo ingresa en un hospital para recibir tratamiento.

Mammogram (Mamografía)

Radiografía de diagnóstico de las mamas.

Maximum Out-of-Pocket (Gasto máximo de bolsillo [MOOP])

Límite anual de sus gastos de bolsillo para los servicios cubiertos por su plan (es decir, la suma de los montos del deducible, copago y coseguro). Una vez que alcanza este monto, no debe pagar nada por la mayoría de los servicios. Esto no incluye sus costos de la prima mensual, ningún cargo de proveedores de cuidado de la salud fuera de la red, medicamentos recetados ni servicios que el plan no cubra.

Recuerde: Medicare Original no tiene una cantidad máxima de gastos directos de bolsillo ni ningún límite para los gastos, por lo que sus gastos de cuidado de la salud pueden ser muy elevados en el transcurso de un año.

Medicaid

Programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de cuidado de la salud si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicare Savings Program (Programa de Ahorros de Medicare)

Programa de Medicaid que ayuda a personas con ingresos y recursos limitados a pagar una parte o la totalidad de sus primas, deducibles y coseguro de Medicare.

Magnetic resonance imaging (Imágenes de resonancia magnética [MRI])

Las imágenes por resonancia magnética (MRI) utilizan un campo magnético potente para crear imágenes detalladas de los órganos y tejidos.

Network (Red)

Grupo de médicos y hospitales que se contrata para ofrecer servicios de cuidado de la salud a los miembros de un plan de salud.

Original Medicare (Medicare Original)

Cobertura de pago por servicio, con la cual el gobierno paga directamente a sus proveedores de cuidado de la salud por sus beneficios de la Parte A (hospitales) o Parte B (médicos).

Out-of-Network Provider (Proveedor fuera de la red)

Proveedor de cuidado de la salud (hospital o médico) que no forma parte de la red de nuestro plan. Generalmente, usted pagará más si consulta a un proveedor que no forme parte de la red de su plan. Signature (PPO) de Healthfirst le ofrece la flexibilidad de visitar a cualquier médico y hospital en los EE. UU. que acepte Medicare para recibir cuidado médico.

Outpatient (Paciente ambulatorio)

Paciente que recibe servicios médicos que no requieren pasar una noche en el hospital.

Part A (Parte A)

Seguro hospitalario que ayuda a cubrir el cuidado para pacientes internos en hospitales y estancias como paciente interno en un SNF (no son cuidados de compañía ni a largo plazo), servicios de cuidado paliativo y servicios de cuidado médico en el hogar.

Part B (Parte B)

Seguro médico que ayuda a cubrir los servicios médicos, el cuidado para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos que la Parte A no cubre. La Parte B también cubre equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, andadores, camas de hospital y otros equipos) siempre que sean médicamente necesarios.

Part C (Parte C)

Medicare Advantage (también conocido como "Parte C") es un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare. Estos planes incluyen la Parte A, la Parte B y, por lo general, la Parte D. Estos planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que Medicare Original no cubre.

Part D (Parte D)

Programa que ayuda a pagar los medicamentos recetados a las personas con Medicare que se inscriben en un plan que incluye cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Existen dos maneras de obtener cobertura para medicamentos recetados de Medicare: a través de un plan de medicamentos recetados de Medicare o de un plan Medicare Advantage que incluya cobertura para medicamentos. Estos planes se ofrecen mediante compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes también pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados que cumplen las mismas reglas que los planes de medicamentos recetados de Medicare.

Preauthorization/Precertification (Preautorización/certificación previa) (también conocida como autorización previa)

Algunos planes de cuidado de la salud le solicitan que verifique con ellos antes para poder obtener ciertos servicios. Esto tiene como objetivo asegurar que estos servicios de cuidado de la salud sean necesarios y estén cubiertos antes de que usted los reciba, para que usted no sea responsable del costo total. Se requiere autorización previa para muchos servicios, pero no se exige en caso de una emergencia.

Con Signature (PPO) de Healthfirst, no se requiere autorización previa para los servicios cubiertos recibidos fuera de la red; sin embargo, si más adelante determinamos que los servicios que recibió no estaban cubiertos o no eran médicamente necesarios, podemos denegarle la cobertura y usted será responsable del costo total. Usted o su médico pueden solicitar una decisión de cobertura previa a la consulta, conocida como predeterminación, para confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos y son médicamente necesarios.

Preferred Provider Organization (Organización de proveedores preferidos [PPO])

Es un tipo de plan de salud que tiene contratos con proveedores médicos, como hospitales y médicos, para crear una red de proveedores participantes. Usted paga menos si consulta a proveedores que pertenecen a la red del plan. Puede recibir los servicios de médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.

Premium (Prima)

Monto de dinero que algunas personas pagan de forma mensual, trimestral o bianual para recibir cobertura por parte de un programa o plan de seguro médico.

Si se le dificulta pagar la prima mensual de la Parte B, comuníquese con nosotros al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132) para ver si puede calificar para un Programa de Ahorros de Medicare.

Preventive Care Services (Servicios de cuidado preventivo)

Servicios que recibe de un médico que le ayudan a prevenir una enfermedad o a identificarla mientras es más fácil de tratar. Conforme a la Reforma de los Servicios de Salud, su plan de seguro cubre el 100% de la mayoría de estos servicios, lo que significa que usted no tendrá que pagarlos.

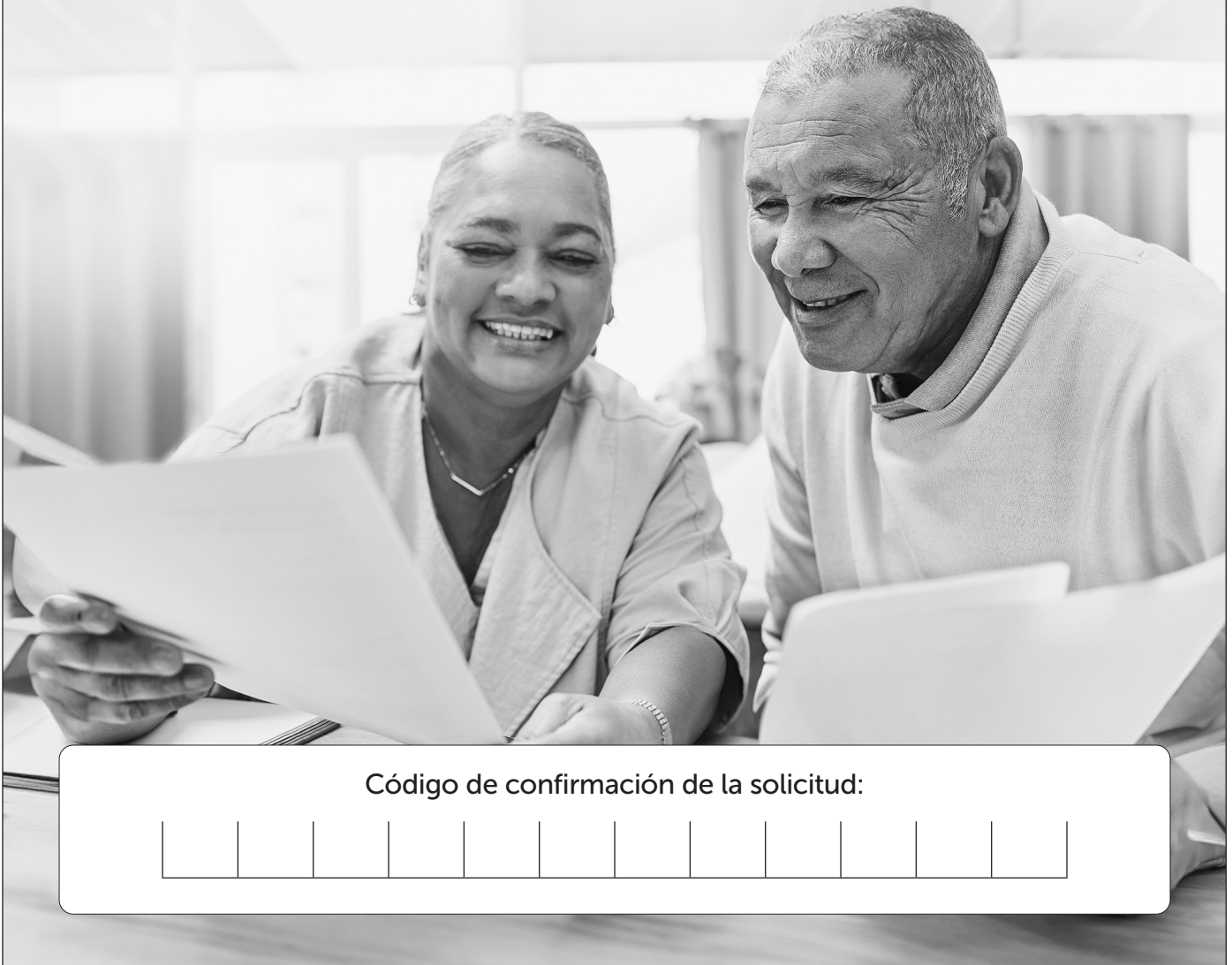
Primary Care Provider (Proveedor de cuidado primario [PCP])

Su médico primario (también conocido como proveedor de cuidado primario o PCP) es el médico que le proporciona servicios preventivos y de cuidado de la salud básicos para asegurarse de que esté saludable. Su PCP coordina la mayor parte de su cuidado y puede referirle a un especialista. No es necesario seleccionar un PCP.



Documentos para la inscripción

Cuando esté en condiciones de inscribirse, su representante/corredor de Healthfirst le ayudará a completar los formularios necesarios en la siguiente sección.



Código de confirmación de la solicitud:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen a los agentes documentar el propósito de una cita de marketing antes de realizar una reunión de ventas en persona a fin de garantizar que el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado) comprendan los temas a tratar. Toda la información suministrada en este formulario es confidencial y debe ser completada por cada beneficiario de Medicare o su representante autorizado.

Por favor, ponga sus iniciales a continuación junto a los tipos de planes sobre los que desea hablar con el agente.

Planes Medicare Advantage (Parte C)

- _____ **Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare** – Un tipo de plan Medicare Advantage disponible en un área local o regional en el que paga menos si usa médicos, hospitales y proveedores que pertenecen a la red. Puede usar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red por un costo adicional.
- _____ **Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** – Un plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de Medicare Original Partes A y B, y a veces incluye la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. En la mayoría de las HMO, usted sólo puede recibir atención de médicos u hospitales de la red del plan (excepto en el caso de emergencias).
- _____ **Plan para personas con necesidades especiales (SNP) de Medicare** – Un tipo especial de plan Medicare Advantage que ofrece un cuidado de la salud más especializado y centrado en grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, viven en un hogar de ancianos, o que padecen ciertas afecciones médicas crónicas.

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de planes en los que puso sus iniciales anteriormente. Tenga en cuenta que la persona con la que hablará sobre los planes es un empleado o una persona contratada por un plan Medicare y **no** trabaja directamente para el gobierno federal. También es posible que a esta persona se le pague en base a la inscripción de usted en un plan.

La firma de este formulario NO le obliga a inscribirse en un plan, no afecta el estado de su inscripción actual ni futura en Medicare, ni le inscribe automáticamente en un plan Medicare Advantage.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma: _____ Fecha de la firma: _____

Si usted es el representante autorizado, por favor firme arriba y complete con letra de imprenta a continuación:

Nombre del representante: _____ Su relación con el beneficiario: _____

La documentación relacionada con el propósito de la cita está sujeta a los requisitos de retención de archivos de CMS.
Notes to representative: Yellow copy is for beneficiary and white copy is for Healthfirst records.

To be completed by agent:

Agent Name:	Agent Phone:
Beneficiary Name:	Beneficiary Phone (Optional):
Beneficiary Address (Optional):	
Initial Method of Contact (indicate here if beneficiary was a walk-in):	
Agent's Signature:	Date Appointment Completed:
Plan(s) the agent represented during this meeting:	
[Plan Use Only:]	

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor, lea las siguientes afirmaciones detenidamente y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar alguna de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted cumple los requisitos para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- | | |
|---|--|
| ☐ Soy nuevo en Medicare. | ☐ Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en una de estas instituciones o recientemente me mudé de un centro de este tipo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/mudaré al/ del centro el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP). | ☐ Recientemente, dejé el Programa de Cuidado Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE, por sus siglas en inglés) el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escriba la fecha) _____. | ☐ Recientemente, perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Recientemente me liberaron de la cárcel. Me liberaron el (escriba la fecha) _____. | ☐ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Recientemente, regresé a los Estados Unidos luego de vivir de manera permanente fuera del país. Regresé a los Estados Unidos el (escriba la fecha) _____. | ☐ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado. |
| ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid hace poco, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) _____. | ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan. |
| ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados (obtuve Ayuda Adicional hace poco, hubo un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (escriba la fecha) _____. | ☐ Fui inscrito en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en el plan comenzó el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus el (escriba la fecha) _____. | ☐ Fui inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan o SNP por sus siglas en inglés), pero ya no cumplo los requisitos de necesidades especiales para estar en dicho plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (escriba la fecha) _____. |
| ☐ Tengo ambos Medicare y Medicaid (o recibo ayuda de mi estado para pagar por las primas de Medicare), o recibo Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no hubo cambios. | ☐ Fui afectado por una emergencia climática o desastre natural grave (declarada por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias, FEMA, por sus siglas en inglés). Una de las afirmaciones anteriores se aplican a mi situación pero no pude inscribirme a causa del desastre natural. |
| ☐ Tengo doble elegibilidad para Medicare y Medicaid y deseo inscribirme en un plan alineado que brinde cobertura para ambos. | ☐ Otro _____. |

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o si no está seguro, por favor, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst al **1-888-260-1010** (los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132) para ver si cumple los requisitos para inscribirse. De octubre a marzo, atendemos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y de abril a septiembre, de lunes a viernes, en el mismo horario.

Revisé el contenido de este formulario y lo comprendo y acepto.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del agente de Medicare con licencia: _____ Fecha: _____

(Entregue la copia amarilla al solicitante; adjunte el original al formulario de inscripción)

Cómo remuneramos a nuestros agentes autorizados (Reglamento 194: divulgación)

Nuestros agentes autorizados de Healthfirst son agentes (vendedores) de seguros con licencia del estado de Nueva York. Los agentes autorizados de Healthfirst están capacitados para hablar con personas como usted, que podrían convertirse en miembros del plan, acerca de nuestros beneficios y los términos y condiciones de los contratos de seguro médico.

Nuestros agentes autorizados pueden ofrecer consejos acerca de los beneficios de nuestro plan de cuidado médico y también inscribir a beneficiarios. La función del agente autorizado en cualquier reunión incluye, por lo general, una o más de las actividades mencionadas.

Para los planes Medicare Advantage de Healthfirst, Healthfirst paga a los agentes autorizados por cada miembro que ayuden a inscribir en persona y que permanezca inscrito en ese plan por al menos tres (3) meses consecutivos.

Si desea obtener más información acerca de cómo se les paga a nuestros agentes autorizados, llame a Servicios a los Miembros al **1-888-260-1010** (los miembros del plan Signature (HMO) de Healthfirst pueden llamar al **1-855-771-1081**; los miembros del plan Signature (PPO) de Healthfirst pueden llamar al **1-833-350-2910**) (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo), y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).

Formulario de verificación de la inscripción en un plan Medicare

Mi firma más adelante confirma que yo, _____ *Escriba aquí el nombre* _____ ,

me reuní hoy, _____ *Escriba la fecha de hoy* _____ , con el Representante de Ventas de Healthfirst
_____ *Escriba aquí el nombre del Representante de Ventas de Healthfirst* _____ .

Conversamos sobre los planes Medicare Advantage de Healthfirst, y me inscribí
en el siguiente plan: _____ *Escriba aquí el nombre del plan* _____ .

_____	_____ <i>Fecha</i> _____
Firma del Beneficiario de Medicare/Representante asignado	Fecha

Nombre completo del Beneficiario de Medicare/Representante asignado

Aviso para verificar la inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst

Gracias por elegir un Plan Medicare de Healthfirst.

Como parte del proceso de solicitud de inscripción, un representante del Plan Medicare de Healthfirst confirmará su intención de inscribirse y se asegurará de que usted comprenda su nuevo plan.

Un representante del Plan Medicare de Healthfirst le enviará una carta de verificación de inscripción en los próximos 15 días para confirmar el plan Medicare Advantage que usted seleccionó. Usted recibirá información sobre su nuevo plan y tendrá la oportunidad de llamar al Plan Medicare de Healthfirst para hacer cualquier pregunta que pueda tener sobre temas tales como:

- Beneficios y servicios.
- Requisitos de elegibilidad.
- Uso de proveedores de nuestra red para obtener los servicios.
- Beneficios y copagos de medicamentos recetados de la Parte D (en caso de que su plan cubra medicamentos recetados de la Parte D).
- Cuándo y cómo usted puede cambiarse de plan.

Aviso para los miembros actuales del Plan Medicare de Healthfirst que van a cambiar de plan

Si usted está inscrito actualmente en un Plan Medicare de Healthfirst y va a inscribirse en un plan diferente, usted recibirá una carta de verificación como se indica anteriormente.

Muchas gracias.

Plan Medicare de Healthfirst

Qué puede esperar al inscribirse

Fecha de hoy:

Puede comenzar a usar los beneficios del
Plan Medicare Advantage de Healthfirst el:

(La fecha de su solicitud)

(La fecha de inicio de su plan)

Como nuevo miembro del Plan Medicare Advantage de Healthfirst, recibirá material importante por correo en el transcurso de las próximas semanas. Use esta lista de verificación para realizar un seguimiento de cada entrega (el tiempo de entrega es aproximado):

CUÁNDO: Dentro de los próximos 10 días

- ☐  **Carta de inscripción y de verificación:** Le permite corroborar que toda la información de inscripción sea correcta. Háganos saber si es necesario actualizar la información.

CUÁNDO: Dentro de las próximas dos semanas

- ☐  **Carta de confirmación y de acuse de recibo:** Le informa que Healthfirst recibió su solicitud y que Medicare aprobó la inscripción. Esta carta se puede usar como prueba de que cuenta con cobertura hasta que reciba su tarjeta de identificación de miembro. También le informa cuál será la prima mensual del plan (si corresponde) y cómo saber si reúne los requisitos para recibir ayuda financiera adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados.

CUÁNDO: Dentro de las próximas tres semanas

- ☐  **Tarjeta de identificación de miembro:** Presente esta tarjeta en todas las consultas médicas y para resurtir las recetas.
- ☐  **Tarjeta OTC u OTC Plus** (si corresponde): Puede usar esta tarjeta para pagar artículos de venta libre relacionados con la salud y, si su plan lo permite, alimentos saludables, servicios públicos y más. Deberá activarla antes de usarla.
- ☐  **Tarjeta Flex** (si corresponde): Puede usar esta tarjeta para pagar gastos de bolsillo por los servicios dentales, de la audición y de la vista que reciba. Deberá activarla antes de usarla.
- ☐  **Kit de bienvenida:** Incluye información importante sobre su Plan Medicare Advantage de Healthfirst, por ejemplo, cómo usar sus beneficios y cómo ver o solicitar copias de la Evidencia de Cobertura, del Formulario de Medicamentos (la lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan), y más.

Puede comenzar a usar los beneficios del Plan Medicare Advantage de Healthfirst en la fecha de inicio de su plan. Para que pueda comenzar, los primeros meses recibirá:

- ☐  **Llamadas telefónicas de bienvenida:** Los representantes de Healthfirst se comunicarán con usted para revisar los detalles de su plan y aclarar las dudas que tenga.
- ☐  **Encuesta de evaluación de la salud para los miembros del Plan Medicare Advantage de Healthfirst:** Esta breve encuesta nos ayuda a conocer más sobre usted para que podamos apoyar mejor sus necesidades y objetivos relacionados con la atención médica.

¿No recibió estas comunicaciones?

Llame a Servicios a los Miembros al 1-888-260-1010

1-855-771-1081 para los miembros de Signature (HMO) de Healthfirst

1-833-350-2910 para los miembros de Signature (PPO) de Healthfirst

(TTY 1-888-867-4132)

Disponible los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo)
y de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).

Calificación por estrellas de Medicare

Conozca las calificaciones por estrellas de Medicare para su plan
Medicare Advantage de Healthfirst*

¿Cómo funcionan las calificaciones por estrellas?

El gobierno federal (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, también conocido como CMS) utiliza información de encuestas de satisfacción de los miembros, planes y proveedores de cuidado médico para calificar los planes Medicare Advantage.

Los planes Medicare Advantage tienen una calificación con respecto a su desempeño. Cada plan recibe una calificación que oscila entre una estrella (más baja) y cinco estrellas (más alta). Las calificaciones por estrellas se calculan cada año y pueden cambiar de un año a otro.

Si no recibió una copia de las calificaciones por estrellas de Medicare de su representante de ventas de Healthfirst junto con este documento, visite **HFMedicareMaterials.org** o llame a Healthfirst al **1-888-260-1010** (TTY 1-888-867-4132) para obtener una copia.

* Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.



Aviso de No Discriminación

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles. **Healthfirst** no excluye, ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Healthfirst proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se puedan comunicar con nosotros:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información en otros formatos (letra grande, audio, formato electrónico accesible y otros)
- Servicios gratuitos de idioma para personas cuyo primer idioma no sea el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a **Healthfirst** al **1-866-305-0408**. Para usar los servicios TTY, llame al 1-888-867-4132.

Si usted cree que **Healthfirst** no ha proporcionado estos servicios o le ha tratado de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante **Healthfirst** por:

- **Correo postal:** Healthfirst Member Services, P.O. Box 5165, New York, NY 10274-5165
- **Teléfono:** 1-866-305-0408 (para servicios TTY, llame al 1-888-867-4132)
- **Fax:** 1-212-801-3250
- **En persona:** Vaya a una de las oficinas locales de Healthfirst. Para ver las ubicaciones y los horarios de atención, consulte la página **Healthfirst.org/CommunityOffices**

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En la página web:** Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- **Por correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201
Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Por teléfono:** 1-800-368-1019 (TTY 800-537-7697)

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-305-0408. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-305-0408. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我們提供免費的翻譯服務，幫助您解答關於健康或藥物保險的任何疑問。如果您需要此翻譯服務，請致電 1-866-305-0408。我們的中文工作人員很樂意幫助您。這是一項免費服務。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-305-0408。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-305-0408. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-305-0408. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-305-0408 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-305-0408. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-305-0408번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-305-0408. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-305-0408. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-305-0408 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-305-0408. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-305-0408. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-305-0408. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-305-0408. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-305-0408にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

¹ Los servicios dentales deben ser médicamente necesarios; hay limitaciones y exclusiones.

Healthfirst Insurance Company, Inc. proporciona la cobertura y ofrece planes PPO que tienen contratos con el gobierno federal. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Los planes contienen exclusiones y limitaciones.

Los servicios de cuidado de la salud fuera de la red pueden tener costos más altos. Los proveedores fuera de la red/sin contrato no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en casos de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluidos los gastos compartidos correspondientes por los servicios fuera de la red.

Las áreas de servicio de Signature (PPO) de Healthfirst son los condados de Nueva York, Kings, Queens, Bronx, Richmond, Nassau y Suffolk (H5989) y los condados de Orange, Rockland, Sullivan y Westchester (H1722).

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sin gastos de bolsillo para audífonos básicos. El beneficio para anteojos solo puede usarse en comercios participantes.

DentaQuest® tiene contrato con Healthfirst para proporcionar beneficios dentales a sus miembros.

EyeMed® tiene contrato con Healthfirst para proporcionar beneficios de la vista a sus miembros.

Teladoc y la línea de ayuda de enfermería no reemplazan a su proveedor de cuidado primario (PCP). Su PCP debe ser siempre su primera opción para obtener cuidados (para consultas en persona y virtuales).

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación al respecto cuando sea necesario.

Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar cada año.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. 2024 Tivity Health, Inc. © Todos los derechos reservados.

Este folleto le brinda un resumen de lo que cubrimos nosotros y de lo que paga usted. No enumera todos los servicios que están cubiertos ni detalla cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura".

Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídales los folletos del resumen de beneficios a los otros planes. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente Medicare y usted. También puede consultarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia 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.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicios a los Miembros al 1-833-350-2910, TTY 1-888-867-4132, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 1-855-771-1081, TTY number 1-888-542-3821, 7 days a week, from 8am to 8pm.

本資訊有其他語言版本供免費索取。請致電我們的會員服務部，服務時間每週七天，每天上午8時至晚上8時，電話號碼是1-855-771-1081，聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821。

Este documento puede estar disponible en otros formatos como braille y en letra grande. Puede estar disponible en otros idiomas además del español. Para obtener información adicional, llámenos al 1-855-771-1081.

This document may be available in other formats, such as Braille and in large print. This document may be available in a non-Spanish language. For additional information, call us at 1-855-771-1081.

本文件可以其他形式提供，例如盲文及大字印本。本文件可能有英語之外的其他語言文本。

如需更多資訊，請給我們來電，電話號碼是1-855-771-1081。

Aspectos destacables del plan

Signature (PPO) de Healthfirst le brinda acceso al cuidado que necesita, incluso fuera de nuestra amplia red de médicos y hospitales. Además, tiene la flexibilidad de ahorrar en sus gastos de cuidado de la salud con una tarjeta Flex con \$725 por año y mucho más.

\$0 en prima mensual y deducible médico anual

\$0 en copagos para consultas de cuidado primario dentro de la red, servicios de telemedicina disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y más

Los beneficios del plan incluyen lo siguiente:



- Límite de MOOP combinado de \$5,000 dentro de la red/\$8,000 fuera de la red
- Flexibilidad de consultar a cualquier médico y hospital de los Estados Unidos que acepte Medicare para el cuidado médico
- Tarjeta Flex de \$725 por año para gastos dentales, de la vista y de la audición, así como equipos de gimnasia, medidores de actividad y sistemas personales de respuesta para emergencias (PERS)



Acceso al cuidado que necesita, incluso después del horario de atención

Clínicas de salud minoristas, centros de atención de urgencia, servicios de telemedicina las 24 horas del día, los 7 días de la semana, Línea de Ayuda de Enfermería y más las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Hasta \$1,500 en beneficios dentales sin prima adicional

Incluye tratamientos de conducto radicular, extracciones, dentaduras postizas, coronas y más¹



Cobertura de la vista y de la audición

Incluye exámenes de rutina, un beneficio de \$250 para anteojos/lentes de contacto todos los años y audífonos a precios asequibles.



Programa de ejercicio físico SilverSneakers® con acceso a gimnasios y rutinas de ejercicios por video en línea



Cobertura de medicamentos recetados con opciones de entrega convenientes

Algunos medicamentos recetados para 90 días disponibles por el precio de un suministro para 30 días.

¹ Los servicios dentales deben ser médicamente necesarios; hay limitaciones y exclusiones.

¿Tiene alguna pregunta sobre este plan?

Para obtener respuestas, visite

HFVirtualCommunityOffice.org o llámenos al

1-877-237-1303 (TTY 1-888-867-4132),

los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

