

2020



*Cuidándole cada minuto, todos los días.*

# Resumen de beneficios

## Elderplan Assist (HMO IE-SNP)

*del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020*

# **Resumen de beneficios de Elderplan para Elderplan Assist (HMO IE-SNP)**

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Bronx, Kings, Monroe, Nassau, New York, Putnam, Queens,  
Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester

Fecha de entrada en vigencia propuesta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Nombre del representante de ventas** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono importantes**

**Servicios para los Miembros:** 1-800-353-3765, TTY 711, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana

# Índice

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios .....	4
Sección II: Información adicional.....	11
Sección III: Resumen de beneficios .....	12

## **Sección I: Introducción al Resumen de beneficios**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2020 de Elderplan Assist (HMO IE-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

## **EN ESTE FOLLETO, DESCRIBIMOS**

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ELDERPLAN

¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

- INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE MEDICARE
- INFORMACIÓN ACERCA DE ELDERPLAN ASSIST

SECCIÓN II: INFORMACIÓN ADICIONAL

SECCIÓN III: RESUMEN DE BENEFICIOS

- PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y COSTOS MÁXIMOS QUE PAGA DE SU BOLSILLO
- BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS
- BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA
- BENEFICIOS ADICIONALES

## **INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ELDERPLAN**

### **HORARIOS DE ATENCIÓN DE ELDERPLAN ASSIST**

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este.

### **NÚMEROS DE TELÉFONO Y SITIO WEB DE ELDERPLAN ASSIST**

- Si está inscrito en este plan, llámenos sin cargo al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Si no está inscrito en este plan, llámenos sin cargo al 1-866-695-8101. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

Este documento está disponible en español gratuitamente. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesitan información del plan en otro idioma o formato.

## ¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en Elderplan Assist (HMO IE-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en un centro para adultos activos (residencia de vivienda asistida) o en la comunidad, y cumplir con los requisitos para el nivel de atención que se describen abajo.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, Monroe, Nassau, New York, Putnam, Queens, Richmond, Suffolk, Rockland y Westchester.

## INFORMACIÓN ÚTIL

### Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Assist (HMO IE-SNP)).

### Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan Assist (HMO IE-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Assist y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You”** (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en <http://www.medicare.gov>.

### INFORMACIÓN ACERCA DE ELDERPLAN ASSIST

#### Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

*Para ser elegible para ser miembro de nuestro plan, usted debe:*

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- y -- Vivir en nuestra área geográfica de servicio: Bronx, Kings, Monroe, Nassau, New York, Putnam, Queens, Richmond, Suffolk, Rockland y Westchester.
- -- y -- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- -- y -- No padecer enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas; por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.



- -- y -- Vivir en un centro para adultos activos (residencia de vivienda asistida) o en la comunidad y que el estado de Nueva York haya certificado que necesita el tipo de atención que se brinda, generalmente, en un hogar de convalecencia.

*Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades especializadas de las personas que necesitan un nivel de atención que se brinda, generalmente, en un hogar de convalecencia.*

Tenga en cuenta que: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de un (1) mes, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

### **¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?**

Elderplan Assist (HMO IE-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos esos servicios, excepto en casos de emergencia. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org), o bien puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

## **¿Qué cubrimos?**

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede consultar la lista completa de medicamentos del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

## **¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?**

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre y de los niveles de costo compartido del plan.

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son: Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura (Sección 7 del Capítulo 2).

## **Sección II: Información adicional**

Elderplan Assist (HMO IE-SNP) ofrece un nivel adicional de atención para los residentes de residencias de vivienda asistida agregando un enfermero practicante a su equipo clínico actual de médicos de atención primaria, enfermeros, trabajadores sociales, etc. A nuestros enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP) se les asigna la atención de los miembros de Elderplan Assist. Esto significa que visitan con regularidad a los miembros de Elderplan y se comunican a menudo con los miembros y las familias. Para mejorar la comunicación, el enfermero practicante también está disponible por teléfono.

Nuestros enfermeros practicantes trabajan estrechamente con los médicos de atención primaria de los miembros de Elderplan para desarrollar un plan de atención personalizado para cada persona en función de las necesidades sociales y clínicas del miembro. Además, el enfermero practicante trabajará estrechamente con el miembro y su familia para desarrollar el plan de atención. El enfermero practicante puede indicar y coordinar los servicios de tratamiento, como así también solicitar múltiples procedimientos para pacientes externos (como transfusiones de sangre, biopsias y algunos procedimientos quirúrgicos menores).

Nuestros enfermeros practicantes tienen un enfoque holístico e integral hacia la atención de nuestros miembros, en el que la dinámica familiar y las interacciones del miembro con sus seres queridos se reconocen como una parte central e importante del bienestar del miembro.

**Sección III: Resumen de beneficios**

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Prima mensual del plan</b>	<p>\$36.60 por mes para su prima de la Parte D.</p> <p>Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
<b>Deducible</b>	<p>\$0</p> <p>Este plan no tiene deducible de la Parte B.</p> <p>Sin embargo, el plan sí tiene un deducible para ciertos tipos de servicios médicos y medicamentos recetados de la Parte D.</p>
<b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>	<p>\$6,700</p> <p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba.</p> <p>Si alcanza los costos máximos que paga de su bolsillo, pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios durante el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando las primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) (continuación)</b>	Nuestro plan tiene límites de cobertura anuales para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que corresponden.
<b>Cobertura para pacientes internados</b>	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados estará limitada a 90 días.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados (continuación)</b>	<p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Deducible de \$1,408.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$352 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Finalizados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere de autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de laboratorio.</li><li>• Servicios de sangre.</li><li>• Procedimientos/exámenes de diagnóstico para pacientes externos</li><li>• Servicios de radiografías.</li><li>• Servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).</li></ul> <p>Coseguro del 20% para cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos.</li><li>• Servicios de hospitalización parcial. Se requiere de autorización.</li><li>• Servicios de radiología terapéutica.</li><li>• Dispositivos protésicos o suministros médicos. Se requiere de autorización.</li><li>• Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Se requiere autorización para determinados artículos.</li></ul>



<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Visitas al consultorio (Proveedores de atención primaria y especialistas)</b>	<p>Copago de \$0 para consultas a médicos de atención primaria.</p> <p>Copago de \$0 para consultas a especialistas.</p> <p>Copago de \$0 para servicios proporcionados por otros profesionales de atención médica (como auxiliares médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos). Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas directamente por un enfermero practicante o un auxiliar médico.</p>
<b>Atención preventiva</b>	<p>Costo compartido de \$0 para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> <li>• Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</li> </ul>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Atención preventiva (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li><li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal</li><li>• Prueba de detección de depresión</li><li>• Examen de detección de diabetes</li><li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li><li>• Prueba de detección del VIH</li><li>• Inmunizaciones, entre otras: Vacunas antigripales</li><li>• Vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica</li><li>• Servicios de tratamiento médico nutricional</li><li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li><li>• Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</li><li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li><li>• Prueba de detección y asesoramiento para prevenir el abuso de alcohol</li><li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</li></ul>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Atención preventiva (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez)</li> </ul> <p>Pueden cubrirse otros servicios preventivos si Medicare los aprueba.</p>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Copago de \$90 para cada consulta.</p> <p>No tiene que pagar este copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>Copago de \$65 para cada consulta</p> <p>No tiene que pagar este copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios de diagnóstico/laboratorios de diagnóstico/diagnóstico por imagen</b>	<p>Coseguro del 20% para cada uno de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología terapéutica.</li> <li>• Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, del habla o del lenguaje. Se requiere de autorización.</li> <li>• Dispositivos protésicos o suministros médicos. Se requiere de autorización.</li> </ul> <p>Costo compartido de \$0 para cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio.</li> <li>• Servicios de sangre.</li> <li>• Procedimientos/exámenes de diagnóstico para pacientes externos</li> <li>• Servicios de radiografías.</li> <li>• Servicios de radiología de diagnóstico. SOLO se requiere de autorización para tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), angiografías por resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA) y tomografías computarizadas (CT).</li> </ul>
<b>Servicios auditivos</b>	<p>No hay costo compartido para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para lo siguiente (una vez cada 3 años):</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios auditivos (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo de rutina no cubierto por Medicare.</li> <li>• Adaptación/evaluación de audífonos</li> <li>• Audífonos (todos los tipos): hasta \$2,000 en total para ambos oídos combinados. Para los audífonos, se requiere la autorización de un médico de atención primaria o especialista.</li> </ul>
<b>Servicios odontológicos</b>	<p><b><u>Servicios odontológicos preventivos</u></b> Sin cobertura</p> <p><b><u>Servicios odontológicos integrales</u></b> Coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Medicare pagará solo determinados servicios odontológicos que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare pagará atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento odontológico complicado.</p> <p>Se necesita una remisión para los servicios odontológicos integrales.</p>
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<p>Costo compartido de \$0 para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos los exámenes de la vista si usted tiene diabetes, y pruebas y tratamiento de degeneración macular).</p>

Elderplan Assist (HMO IE-SNP)	
<b>Servicios oftalmológicos (continuación)</b>	<p>Costo compartido de \$0 para las pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para un <b>examen de la vista de rutina</b> para anteojos por año.</p> <p>Copago de \$0 para <b>anteojos</b> (máximo de \$500 cada dos años), incluidos los lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas).</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos proporcionados luego de una cirugía de cataratas no están sujetos al monto máximo (\$500 cada dos años).</p>
<b>Servicios de salud mental</b>	<p><u>Paciente externo</u></p> <p><b>Servicios especializados de salud mental:</b> Coseguro del 20% para cada sesión individual o grupal.</p> <p><b>Servicios de psiquiatría:</b> Coseguro del 20% para cada sesión individual o grupal.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios de salud mental (continuación)</b>	<p>Para los servicios de salud mental para pacientes externos, si su proveedor ofrece telesalud, usted paga un copago de \$10 para cada consulta de telesalud.</p> <p><u>Paciente internado</u></p> <p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria para cada período de beneficios.</p> <p>Además, cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención brindada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios de salud mental (continuación)</b>	<p>Nuestro plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente.</p> <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Deducible de \$1,408.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$352 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$704 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Finalizados los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>



<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios de salud mental (continuación)</b>	<p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.</p> <p>Se requiere de autorización.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>El plan cubre hasta 100 días para cada período de beneficios (se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>En 2020, los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta por Medicare en un hospital son:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$176 por día</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere de autorización.</p>

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Fisioterapia</b>	Coseguro del 20% para cada servicio. Se requiere de autorización.
<b>Ambulancia</b>	Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta. Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
<b>Transporte</b>	Copago de \$0 para un máximo de 12 viajes de ida o vuelta a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan por cada año calendario en taxi, camioneta o transporte médico.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Coseguro del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare.  Se requiere autorización para determinados artículos.
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Copago de \$100 para cirugía para pacientes externos en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio.  No se requiere coseguro ni copago para una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio.

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	\$36.60 por mes
<b>Etapa del deducible de la Parte D</b>	<p>Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: Deducible de \$0</p> <p>Medicamentos de los Niveles 4 y 5: Deducible de \$435</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 4 y 5.</p>
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	<p>Después de pagar su deducible anual, permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$4,020.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>				
Niveles: Nombre del nivel	<b>Deducible</b>	<b>Etapas de cobertura inicial</b>		
		Costo en farmacia minorista (suministro para 30 días)*	Costo en farmacia minorista (suministro para 90 días)^	Costo en farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1: Medica- mentos genéricos preferidos	\$0	Copago de \$3	Copago de \$9	Copago de \$6
Nivel 2: Medica- mentos genéricos		Copago de \$19	Copago de \$57	Copago de \$38
Nivel 3: Medica- mentos de marca preferidos		Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$94

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>				
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$435	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5: nivel de medicamentos especializados		Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
<p>* Costo compartido para un suministro para un mes en una farmacia minorista (dentro de la red), un centro de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red.</p> <p>^ En las farmacias minoristas (dentro de la red), también está disponible un suministro para 60 días.</p>				

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>	
<b>Etapas del período sin cobertura</b>	<p>En la Etapa del período sin cobertura (también denominada “interrupción de la cobertura”) hay un cambio temporal en el monto que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que el plan y usted han pagado) llegue a \$4,020.</p> <p>En esta etapa, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca cubiertos por el plan y el 25% del costo de los medicamentos genéricos cubiertos por el plan hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas ingresarán en el período sin cobertura.</p>
<b>Etapas de cobertura en situaciones catastróficas</b>	<p>Cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado los \$6,350, usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p> <p>En esta etapa, usted paga un coseguro o un copago, el que represente el monto más alto:</p> <p>Coseguro del 5%                      O bien,                      Para medicamentos genéricos: Copago de \$3.60                      Para todos los demás medicamentos: Copago de \$8.95</p> <p>Nuestro plan paga el resto del costo.</p>

**Beneficios adicionales cubiertos por Elderplan Assist (HMO IE-SNP)**

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$10 para un máximo de 20 consultas por año.
<b>Servicios y suministros para pacientes diabéticos</b>	<p>No se requiere coseguro ni copago para suministros para la diabetes, capacitación para el autocontrol de la diabetes o pruebas de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los suministros para los pacientes diabéticos están limitados a ciertos fabricantes:</p> <p>Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.</p>
<b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>	<p>Usted puede comprar hasta \$18 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>
<b>Podiatría</b>	Copago de \$10 para un máximo de 6 consultas por año para la atención de rutina de los pies.

<b>Elderplan Assist (HMO IE-SNP)</b>	
<b>Servicios del programa de tratamiento para dejar los opioides</b>	Coseguro del 20% para cada servicio.



**Elderplan, Inc.**  
**Aviso sobre no discriminación –**  
**La discriminación es ilegal**

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

Civil Rights Coordinator

6323 7<sup>th</sup> Ave

Brooklyn, NY, 11220

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711

Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios de interpretación multilingües

**ATTENTION:** If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Spanish) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chinese) **注意:** 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Russian) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(French Creole) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Korean) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italian) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yiddish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל.  
רופ  
1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polish) **UWAGA:** Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(French) **ATTENTION:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Tagalog) **PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Greek) **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanian) **KUJDES:** Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-800-353-3765**

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

---

Los usuarios de TTY/TDD  
deben llamar al

**711**

---

Visite nuestro sitio web

**Elderplan.org**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.