

## Instrucciones:

- Comparta este folleto/formulario de bienestar con su proveedor. Recuerde llevarlo a todas sus consultas al proveedor o comuníquese con el equipo de bienestar al (718) 759-4413 para programar su prueba de detección en el hogar.
- Consulte qué prueba de detección es necesaria y realícela.
- Solicítele a su proveedor que confirme la realización de la prueba al firmar y sellar el folleto/formulario de bienestar.
- Envíe su folleto/formulario apenas esté completo, antes del 31 de diciembre de 2024.
- Puede enviarlo de tres formas simples:
  - **Por correo**, mediante el sobre con franqueo pagado que se adjunta
  - **Por correo electrónico** a [wellness@mjhs.org](mailto:wellness@mjhs.org)
  - **Cargándolo** a nuestro sitio web: [elderplan.org/health-and-wellness/](http://elderplan.org/health-and-wellness/)

**Nota:** el procesamiento puede tardar hasta 14 semanas.

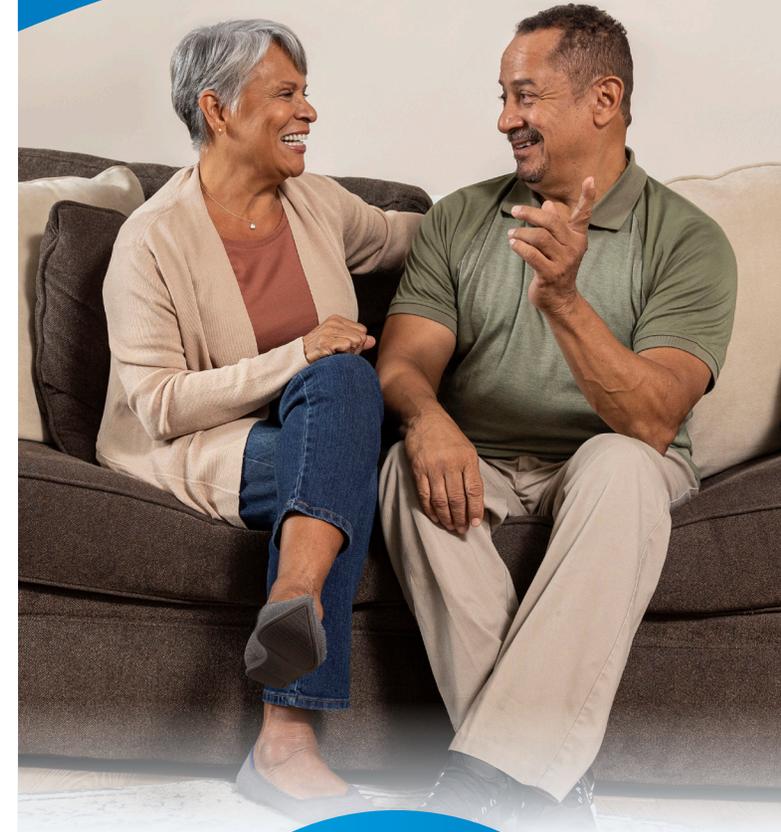
Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Esta es información sobre salud y bienestar o prevención. Llame a nuestro Servicio al Cliente al 1-800-353-3765 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). H3347\_EPS17714\_C

 **elderplan**  
**homefirst**®

un miembro del sistema de salud de MJHS

**Abriendo el camino hacia un  
cuidado de excelencia.**<sup>SM</sup>

 **elderplan**



Reciba una  
**recompensa de \$25**

*en su tarjeta Flex*  
por completar  
**CADA ELEMENTO ELEGIBLE:**  
prueba de detección,  
examen, vacunación  
o consulta

### 1. Consulta anual al PCP

Las consultas al proveedor de atención primaria (PCP) en el consultorio, en el hogar o a través del servicio de telesalud pueden contar como una consulta anual. Comuníquese con su proveedor de atención primaria para programar su consulta anual o con el equipo de bienestar de Elderplan al (718) 759-4413 para averiguar si es elegible para una evaluación en el hogar o para encontrar un proveedor de telesalud.

### 2. Vacuna contra la gripe

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan las \*vacunas contra la gripe para todos los mayores de 6 meses de edad, especialmente para las personas de 65 años o más, o aquellas con afecciones médicas crónicas, como asma, diabetes o una enfermedad cardíaca.

\*El incentivo por aplicarse la vacuna contra la gripe se puede obtener una vez por año calendario.

### 3. Vacuna contra la COVID-19

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan la vacuna contra la COVID-19 actualizada de 2023-2024\* para protegerlo contra un cuadro grave de esta enfermedad.

\*El incentivo por aplicarse la vacuna contra la COVID-19 se puede obtener una vez por año calendario.

### 4. Mamografía

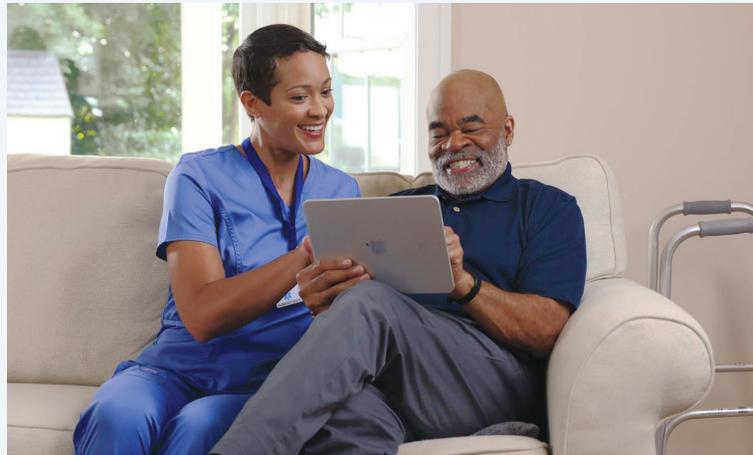
Si se realizó una prueba de detección de cáncer de mama entre el 1.º de octubre de 2022 y el 31 de diciembre de 2024, esta puede contar para el programa de incentivos.

### 5. Prueba de detección de cáncer colorrectal

Si se ha realizado una prueba de detección de cáncer colorrectal en los últimos 9 años, esta puede contar para el programa de incentivos. Pídale a su médico que indique el tipo de prueba de detección y que firme. La prueba de sangre oculta en heces (FOBT) también cuenta para el programa de incentivos y Elderplan ofrece convenientemente esta prueba de detección en el hogar. **Si desea recibir un kit de FOBT por correo en su hogar, llame al equipo de bienestar al (718) 759-4413.**

### 6. Examen de retina

Además de cubrir los exámenes de retina en el consultorio, Elderplan ofrece convenientemente exámenes de retina en el hogar. **Si prefiere que un proveedor vaya a su hogar, comuníquese con el equipo de bienestar llamando al (718) 759-4413 para programar una cita.**



\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro

\_\_\_\_\_  
N.º de identificación de miembro

### 1. Consulta anual al PCP

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

### 2. Vacuna contra la gripe

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación de la vacuna contra la gripe:  
\_\_\_\_\_

### 3. Vacuna contra la COVID-19

Firma del médico: \_\_\_\_\_

FECHA de aplicación de la vacuna contra la COVID-19:  
\_\_\_\_\_

### 4. Mamografía

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

### 5. Prueba de detección de cáncer colorrectal

Nombre/ubicación del proveedor: \_\_\_\_\_

Tipo de prueba de detección: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

### 6. Examen de retina

Firma del médico: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_



*Sello del proveedor*