
Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) ofrecido por Elderplan Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente está inscrito como miembro de Elderplan Assist (HMO IE-SNP). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 7 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).

- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y el costo compartido.
- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma estén cubiertos.
 - Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, como las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Localizador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*.
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).

- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- 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 llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u otros formatos alternativos, sin costo alguno, de ser necesario. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

- Elderplan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. 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.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).
- Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.

H3347_EPS17466_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	7
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan	22
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	22
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual.....	22
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	23
Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	25
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	25
Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	74
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	87
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).....	87
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	88

SECCIÓN 4	Plazo para el cambio de plan.....	89
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	91
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	92
SECCIÓN 7	Preguntas	94
	Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).....	94
	Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare.....	95

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 *para* Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$38.00 para su prima de la Parte D	\$34.50 para su prima de la Parte D
Deducible de la Parte B	No hay deducible de la Parte B.	No hay deducible de la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos combinados dentro y fuera de la red de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$8,300</p>	<p>Combinados dentro y fuera de la red</p> <p>\$8,850</p>
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Las consultas de atención primaria <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Consultas a especialistas: Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Las consultas a especialistas <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Consultas a especialistas: Usted paga un coseguro del 20% por consulta. Es posible que se requieran remisiones.</p>
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga lo siguiente para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 a 6: copago de \$320 por día.</p> <p>Día 7 en adelante: copago de \$0 por día.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son: un deducible de \$1,632.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Las hospitalizaciones para pacientes internados no están cubiertas.</p>	<p>Días 61 a 90: copago de \$408 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$816 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>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)		Se requiere autorización.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: El deducible de la Parte D es de \$505 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: El deducible de la Parte D es de \$545 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: Medicamentos especializados, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω
	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:	Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:
	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos
	Usted paga un copago de \$4.	Usted paga un copago de \$4.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Nivel 2: Medicamentos genéricos
	Usted paga un copago de \$14.	Usted paga un copago de \$14.
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
	Usted paga un copago de \$47.	Usted paga un copago de \$47.
	Nivel 4: Medicamentos no preferidos	Nivel 4: Medicamentos no preferidos
	Usted paga un coseguro del 25%.	Usted paga un coseguro del 25%.
	Nivel 5: Medicamentos no preferidos	Nivel 5: Medicamentos no preferidos
	Usted paga un coseguro del 25%.	Usted paga un coseguro del 25%.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Sus costos por un suministro extendido (de hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p>	<p>Sus costos por un suministro extendido (de hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Nivel 2: Medicamentos genéricos	Nivel 2: Medicamentos genéricos
	Venta minorista: usted paga un copago de \$42.	Venta minorista: usted paga un copago de \$42.
	Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$28.	Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$28.
	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
	Venta minorista: usted paga un copago de \$141.	Venta minorista: usted paga un copago de \$141.
	Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.	Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>
	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>
	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>
	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>	<p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Ω-Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido por los medicamentos de la Partes B y D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos cubiertos. 	<p>Ω-Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido por los medicamentos de la Partes B y D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por cada medicamento con receta, usted paga el monto que sea mayor de los siguientes: un coseguro igual al 5% del costo del medicamento o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).	

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

A partir del 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Elderplan Assist (HMO IE-SNP) a Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Elderplan. Si tiene preguntas o si su tarjeta de identificación de miembro de Elderplan se daña, se pierde o se la roban, llame al Servicio al cliente al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Verá el nuevo nombre del plan reflejado en las comunicaciones futuras donde se haga referencia al nombre del plan.

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

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$38.00 para su prima de la Parte D	\$34.50 para su prima de la Parte D

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que usted deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 en relación con la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios combinados dentro y fuera de la red.</p> <p>La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios dentro de la red.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>	<p>Combinados dentro y fuera de la red:</p> <p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro y fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que lo haremos en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2024 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) y las farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que durante el año podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio que se realizó a mediados del año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para los Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Haremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de acupresión</p> <p>Y</p> <p>Servicios de acupuntura</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Los servicios de acupresión <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por los servicios de acupuntura, que se limita a 20 consultas por año.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de acupresión y acupuntura <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago por las consultas.</p> <p>Puede hacer hasta 20 consultas para recibir servicios de acupresión y acupuntura combinados.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago por los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare para el dolor lumbar crónico.</p>
<p>Servicios de ambulancia</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte terrestre.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte aéreo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte terrestre.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta en ambulancia de transporte aéreo.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de ambulancia (continuación)	Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.	Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Servicios de rehabilitación cardíaca	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$40 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios intensivos de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de quiropráctica	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de quiropráctica <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: complementarios Servicios dentales preventivos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Los servicios dentales preventivos complementarios <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales limitados: 1 por mes

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: complementarios Servicios dentales preventivos (continuación)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: 1 cada 6 meses • Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses • Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas bucales/faciales: 2 cada 6 meses

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios</p>	<p>Dentro de la red Los servicios odontológicos integrales complementarios <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación, con una asignación de \$1500 por año. Los costos que paga por los servicios dentales preventivos no se consideran para el máximo anual.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>		<p>Luego de agotar los \$1500 de límite anual del beneficio, el miembro deberá pagar el costo total. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <p>Algunos códigos de restauración solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por diente O \$0, 1 cada 60 meses, por diente.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>		<p>Algunos códigos de restauración mayor solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente O un copago de \$0 o 1 de por vida, por diente. Algunos códigos están cubiertos a \$0 sin límite de frecuencia.</p> <p><u>Servicios de endodoncia</u></p> <p>Algunos códigos de endodoncia solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>		<p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses O \$0, 1 cada 60 meses.</p> <p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p>Algunos códigos de pónicos en dentadura postiza parcial fija solo a un copago de \$0/1 cada 60 meses, por diente.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>		<p>Algunos códigos de coronas para retenedores en dentaduras postizas parciales fijas por arco solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente.</p> <p><u>Cirugía bucal y maxilofacial</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente.</p> <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 para cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare.	Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$100) por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare.
Servicios auditivos	Dentro de la red Usted no paga coseguro ni copago para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20% para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención médica en el hogar	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>La atención médica en el hogar <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga lo siguiente para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 a 6: copago de \$320 por día. Día 7 en adelante: copago de \$0 por día.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Las hospitalizaciones para pacientes internados <u>no</u> están cubiertas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son: un deducible de \$1,632.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$408 por día. Día 91 en adelante: copago de \$816 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</p>		<p>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2023, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 6: copago de \$300 por día.</p> <p>Día 7 en adelante: copago de \$0 por día.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son: un deducible de \$1,632</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$408 por día.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)		<p>Día 91 en adelante: copago de \$816 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>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios preventivos cubiertos por Medicare con un costo de \$0</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro, copago ni deducible por los servicios preventivos cubiertos por Medicare que tienen un costo de \$0.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos por Medicare con un costo de \$0 <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted no paga coseguro, copago ni deducible por los servicios preventivos cubiertos por Medicare que tienen un costo de \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios preventivos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro, copago ni deducible por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio. • Procedimientos /exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiografías. Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. No se requieren remisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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). 	<p>Usted paga un copago de \$10 para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio. <p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos /exámenes de diagnóstico. • Servicios de radiología terapéutica.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos (continuación)</p>	<p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica. <p>Fuera de la red</p> <p>Los exámenes de diagnóstico y los servicios terapéuticos para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiografías. Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Observación hospitalaria para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$215 por los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$250 por los servicios hospitalarios para pacientes externos.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios hospitalarios para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios hospitalarios para pacientes externos.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 45% por sesiones individuales o grupales de servicios especializados de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Usted paga un coseguro del 45% por sesiones individuales o grupales de psiquiatría cubiertas por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por sesiones individuales o grupales de servicios especializados de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por sesiones individuales o grupales de psiquiatría cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	<p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de atención de la salud mental para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.</p>	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$30 para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$250 para cirugías para pacientes externos en un hospital para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cirugías para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>No se requieren remisiones.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cirugías para pacientes externos en un hospital para pacientes externos.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por cirugías para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Es posible que se requiera una remisión.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>La cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios <u>no</u> están cubiertos.</p>	

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	<p>Usted puede comprar hasta \$26 por mes de productos de OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p> <p>El beneficio de OTC cubre las pruebas de COVID 19 en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$120 por mes de productos de OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p> <p>El beneficio de OTC cubre las pruebas de COVID 19 y el aerosol nasal de naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC) (continuación)		El beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.
Servicios de hospitalización parcial	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por servicios de hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago por cada consulta en el consultorio para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Servicios de proveedores especialistas. No se requieren remisiones. • Otros profesionales de atención médica. No se requieren remisiones. 	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago por cada consulta para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). <p>Usted paga un coseguro del 20% o cada consulta en el consultorio para los siguientes servicios:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios médicos o profesionales, incluidas las consultas en el consultorio del médico <u>no</u> están cubiertas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otros profesionales de atención médica. Es posible que se requieran remisiones. • Servicios de proveedores especialistas. Es posible que se requieran remisiones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: servicios de telesalud</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga los siguientes costos compartidos por los siguientes servicios de telesalud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20% para servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Coseguro del 20% para servicios de especialistas. • Copago de \$60 para servicios de urgencia. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga los siguientes costos compartidos por los siguientes servicios de telesalud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Coseguro del 20% para servicios de especialistas. • Coseguro del 20% (hasta \$55) para servicios de urgencia.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: servicios de telesalud (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 45% para servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales). • Coseguro del 45% para servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales). • Coseguro del 20% para sesiones por abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones individuales y grupales). 	<ul style="list-style-type: none"> • Coseguro del 20% para servicios especializados de salud mental (sesiones individuales y grupales). • Coseguro del 20% para servicios de psiquiatría (sesiones individuales y grupales). <p>Es posible que se requiera autorización para los dispositivos de monitoreo remotos para pacientes.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico: servicios de telesalud (continuación)</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización.</p>	
<p>Podiatría: servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de podiatría <u>no</u> están cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Podiatría: servicios de podiatría complementarios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$10 por los servicios de podiatría complementarios. Puede hacer hasta 6 consultas de atención de rutina para los pies por año.</p>	<p>Dentro de la red Los servicios de podiatría complementarios <u>no</u> están cubiertos.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p>	<p>Dentro de la red Usted no paga coseguro ni copago por los suministros médicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un coseguro del 20% por suministros médicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Dispositivos protésicos y suministros relacionados (continuación)	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% por los dispositivos protésicos cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$20 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	Los beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos (SSBCI) <u>no</u> están cubiertos.	No se requiere coseguro ni copago para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>		<p>Los miembros que reúnen los requisitos para recibir los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para cubrir el pago de determinados servicios públicos como parte de la asignación mensual de OTC.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>		<p>La cobertura combinada de OTC de hasta \$120 por mes estará disponible mensualmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Los miembros que no son elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) solo recibirán la cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>		<p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>
<p>Servicios de terapia de ejercicio supervisado (SET) para miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$25 para cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% para cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (<u>NO</u> se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>En 2023, usted paga por admisión:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$200 por día.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (<u>NO</u> se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>En 2024, usted paga por admisión:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$204 por día.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)	Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.	Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)	Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.	Un período de beneficios comienza el día que ingresa como paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (continuación)	Se requiere autorización.	Se requiere autorización.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Transporte (no cubierto por Medicare)</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para el transporte no cubierto por Medicare.</p> <p>Puede hacer hasta 12 viajes de ida o vuelta por trimestre (cada 3 meses) a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta.</p> <p>Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente trimestre.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para el transporte no cubierto por Medicare.</p> <p>Puede recibir viajes de ida o vuelta ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por un valor de hasta \$1,000 por trimestre (cada 3 meses) en taxi, servicios de viaje compartido, autobús/metro, camioneta y transporte médico.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Transporte (no cubierto por Medicare) (continuación)		Usted recibirá una asignación prepaga por los servicios de transporte no cubiertos por Medicare. Cualquier beneficio en dólares que no se use vence al final del trimestre o si cancela su inscripción en el plan.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Transporte (no cubierto por Medicare) (continuación)		La tarjeta de transporte no cubierta por Medicare es solo para uso personal, no se puede vender ni transferir, y no tiene valor en efectivo.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$60 por cada consulta.	Usted paga un coseguro del 20% (hasta \$55) por cada consulta.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de la vista	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted no paga coseguro ni copago para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos exámenes de la vista si usted tiene diabetes, pruebas de glaucoma y pruebas y tratamiento de degeneración macular).</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos exámenes de la vista si usted tiene diabetes, pruebas de glaucoma y pruebas y tratamiento de degeneración macular).</p>

Sección 2.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

<h3>Cambios en la “Lista de medicamentos”</h3>

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si se aplicarán restricciones o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante del producto. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de los medicamentos.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, aplicar una excepción o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos “Extra help” (Ayuda adicional), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no ha recibido este inserto con el paquete, llame a Servicios para los Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, como las vacunas contra el herpes zóster, tétanos y las que se aplican para los viajes.</p>	<p>No hay deducible de la Parte D para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p>	<p>No hay deducible de la Parte D para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual (continuación)	El deducible de la Parte D es de \$505 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.	El deducible de la Parte D es de \$545 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</p> <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</p> <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos de esta sección son para un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Usted paga un copago de \$4.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga un copago de \$14.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga un copago de \$47.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Usted paga un copago de \$4.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga un copago de \$14.</p> <p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Usted paga un copago de \$47.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de medicamentos”. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Sus costos por un suministro extendido (de hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Sus costos por un suministro extendido (de hasta 90 días)†Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$42.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$28.</p>	<p>Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p>Nivel 2: Medicamentos genéricos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$42.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$28.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>	<p>Nivel 5: Medicamentos no preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. Ω-Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido por los medicamentos de la Partes B y D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. Ω-Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el costo compartido por los medicamentos de la Partes B y D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p>
	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada más por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las secciones 6 y 7 del capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga los pasos que se detallan a continuación:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

A modo de recordatorio, Elderplan Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

Paso 2: cambie su cobertura

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros.
 - *O bien* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Los cambios entrarán en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se muda a un hospital de atención a largo plazo, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento** o mudarse fuera de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HIICAP al (212) 602-4180 dentro de los distritos, o al 1-800-701-0501 fuera de los distritos. Puede obtener más información sobre el HIICAP en su sitio web (<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-healthinsurance>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 7 días a la semana, 24 horas al día.
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Otra opción es la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de New York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2024* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Elderplan Assist (HMO-POS IE-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org. Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/“Lista de medicamentos”)*.

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las Calificaciones con estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. Todos los años en otoño, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Elderplan, Inc.
Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law

Español (Spanish)

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/HomeFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito 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 lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información 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:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York NY 10041
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

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

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)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Simplified: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Traditional: 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 1-800-353-3765 (TTY: 711)。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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجاناً.

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 1-800-353-3765 (TTY: 711) 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). 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、1-800-353-3765 (TTY: 711) 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。

Albanian: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ঔষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yiddish: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔