Elderplan Flex (HMO-POS) ofrecido por Elderplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Flex (HMO). 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 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” 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 Flex (HMO-POS).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan Flex (HMO-POS).

- Si recientemente se mudó a, actualmente vive en, o se mudó fuera de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 sin cargo en español y chino.
- 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 y otros formatos alternativos. 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 Flex (HMO-POS)

- 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”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Flex (HMO-POS).

H3347_EPS17469_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	7
SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan.....	21
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	21
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual.....	21
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	22
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias..	24
Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	24
Sección 2.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	56
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....	70
Sección 3.1: Si desea permanecer en Elderplan Flex (HMO-POS)	70
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	71

SECCIÓN 4	Plazo para el cambio de plan	72
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	74
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	75
SECCIÓN 7	Preguntas	77
	Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Flex (HMO-POS)	77
	Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare.....	78

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Elderplan Flex (HMO-POS) 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 que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	No paga una prima de la Parte D.	No paga una prima de la Parte D. No hay cambios para 2024.
Deducible de la Parte B del plan	No hay deducible de la Parte B.	No hay deducible de la Parte B. No hay cambios para 2024.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 de la Parte A y la Parte B dentro de la red y fuera de la red. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$7,550</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red combinados</p> <p>\$7,550</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>Dentro de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p>No hay cambios para 2024.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico (continuación)	Dentro de la red Consultas con especialistas: usted paga un copago de \$35 por consulta. Fuera de la red Las consultas con especialistas <u>no</u> están cubiertas.	Dentro y fuera de la red Consultas con especialistas: usted paga un copago de \$35 por consulta.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2023, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$390 por día.</p> <p>Día 6 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:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$390 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: copago de \$0 por día.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>No hay cambios para 2024.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 \$375 para el Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina 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 \$375 para el Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</p> <p>A continuación, se detallan 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>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</p> <p>A continuación, se detallan 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>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Usted paga un copago de \$4.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</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 copago de \$100.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</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 copago de \$100.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para 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>A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para 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 \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</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 \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</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 \$0.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p> <p>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</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 copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</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 copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <p>Nivel 5: medicamentos especializados</p> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<p>Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p>	<p>Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos cubiertos.• Para cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: 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).	<ul style="list-style-type: none">• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada. <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>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Elderplan Flex (HMO) a Elderplan Flex (HMO-POS).

Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro de Elderplan. Si tiene preguntas o si su tarjeta está dañada, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros 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 en las que se hace referencia al nombre del plan.

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

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).	No paga una prima de la Parte D.	No paga una prima de la Parte D. No hay cambios para 2024.

- 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 deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta 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 el “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 Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red y fuera de la red.</p> <p>Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red.</p>	<p>Dentro de la red: \$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B dentro de la red no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>Dentro de la red y fuera de la red combinados: \$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red y fuera de la red combinados, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red 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 le enviaremos 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 podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio 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.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga un coseguro ni copago por consulta.</p> <p>Puede recibir hasta 20 consultas por año solo para los servicios de acupuntura.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga un coseguro ni copago por consulta.</p> <p>Puede recibir hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Acupuntura ● Terapia con ventosas/Moxibustión ● Acupresión ● Tui Na ● Gua Sha ● Reflexología ● Terapia con luz infrarroja

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de quiropráctica	Dentro de la red Usted paga un copago de \$20 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$15 para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales preventivos complementarios</p>	<p>Servicios dentales preventivos complementarios 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>	<p>Servicios dentales preventivos complementarios Dentro de la red y fuera de la red combinados</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>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales preventivos complementarios (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses ● Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses ● Radiografías dentales: 1 cada 12 meses ● Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses ● Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 12 meses ● Imágenes fotográficas orales/faciales: 1 cada 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses ● Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses ● Radiografías dentales: 1 cada 12 meses ● Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses ● Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 12 meses ● Imágenes fotográficas orales/faciales: 1 cada 12 meses

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales preventivos complementarios (continuación)	Fuera de la red Los servicios dentales preventivos complementarios no están cubiertos.	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.
Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios	Servicios dentales integrales complementarios Dentro de la red Usted paga un deducible de \$100.	Servicios dentales integrales complementarios Dentro de la red y fuera de la red combinados

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>	<p>Una vez que cumple con el deducible dentro de la red, usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales complementarios, hasta el beneficio máximo de \$1,500 por año.</p> <p>Usted paga todos los costos más allá del monto máximo del beneficio. 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>Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales complementarios hasta el beneficio máximo de \$1,500 por año.</p> <p>Usted paga todos los costos más allá del monto máximo del beneficio. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)	<u>Servicios de restauración</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 6 meses, por diente. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 24 meses, por diente. • Algunos códigos por copago de \$0, 1 cada 60 meses por diente. 	<u>Servicios de restauración</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 6 meses, por diente. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 24 meses, por diente. • Algunos códigos por copago de \$0, 1 cada 60 meses por diente.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)	<u>Servicios de endodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 de por vida, por diente. 	<u>Servicios de endodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 de por vida, por diente.
	<u>Servicios de periodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 36 meses. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 36 meses, por cuadrante. 	<u>Servicios de periodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 36 meses. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 36 meses, por cuadrante.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por cuadrante. <p><u>Servicios maxilofaciales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por cuadrante. <p><u>Servicios maxilofaciales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 12 meses. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)	<u>Servicios de prostodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, por unidad. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente. 	<u>Servicios de prostodoncia</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, por unidad. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente.
	<u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 de por vida, por diente. 	<u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 de por vida, por diente.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por cuadrante. <p><u>Servicios generales complementarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por cuadrante. <p><u>Servicios generales complementarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo algunos códigos por un copago de \$0. <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: Servicios dentales integrales complementarios (continuación)	Fuera de la red Los servicios dentales integrales complementarios no están cubiertos.	
Tarjeta Flex	Tarjeta Flex <u>no</u> cubierta en 2023.	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Tarjeta Flex (continuación)		<p>El beneficio de la tarjeta Flex consiste en una asignación de \$500 para usar en 2024 en gastos que paga de su bolsillo para servicios dentales, oftalmológicos, auditivos o de acondicionamiento físico.</p> <p>Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 copago de \$20 para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare: sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare: sesiones grupales.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$20 para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare: sesiones individuales.</p> <p>Usted paga un copago de \$5 para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare: sesiones grupales.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para servicios de psiquiatría cubiertos por Medicare: sesiones individuales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para servicios de psiquiatría cubiertos por Medicare: sesiones individuales.</p>
	<p>Usted paga un copago de \$5 para servicios de psiquiatría cubiertos por Medicare: sesiones grupales.</p>	<p>Usted paga un copago de \$5 para servicios de psiquiatría cubiertos por Medicare: sesiones grupales.</p>
	<p>Fuera de la red</p> <p>La atención de salud mental para pacientes externos <u>no</u> está cubierta.</p>	

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$35 para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.</p> <p>Se requiere autorización.</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 copago de \$35 para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$120 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$140 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC) (continuación)	Para los miembros elegibles, el beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.	Para los miembros elegibles, el beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, <i>incluidas consultas en el consultorio del médico</i></p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga ningún 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 endocrinólogo. <p>Paga un copago por cada consulta en el consultorio para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No paga ningún 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). <p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Paga un copago por cada consulta en el consultorio para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$35 por consultas a especialistas. • Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 para servicios de endocrinólogo. • Copago de \$35 por consultas a especialistas. • Copago de \$35 para otros servicios de profesionales de atención médica. Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 consultas en el consultorio del médico <u>no</u> están cubiertas.</p>	
<p>Podiatría: servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$35 para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>Fuera de la red</p> <p><u>No</u> se cubre la podiatría cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un copago de \$35 para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Podiatría: servicios de podiatría complementarios</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red Los servicios de podiatría complementarios <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$35 para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$35 para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación pulmonar	Dentro de la red Usted paga un copago de \$20 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$15 para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.
Beneficios adicionales seleccionados Beneficio de OTC O beneficio de transporte	No se requiere coseguro ni copago para los beneficios adicionales seleccionados.	No se requiere coseguro ni copago para los beneficios adicionales seleccionados.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios adicionales seleccionados</p> <p>Beneficio de OTC</p> <p>O beneficio de transporte (continuación)</p>	<p>Su plan le brinda la posibilidad de elegir uno de los dos beneficios complementarios al inscribirse: un beneficio para ayudarlo a pagar los medicamentos sin receta o productos relacionados con la salud de venta libre (OTC) O el transporte que no sea de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Puede elegir solo uno de los dos beneficios.</p>	<p>Su plan le brinda la posibilidad de elegir uno de los dos beneficios complementarios al inscribirse: un beneficio para ayudarlo a pagar los medicamentos sin receta o productos relacionados con la salud de venta libre (OTC) O el transporte que no sea de emergencia a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan. Puede elegir solo uno de los dos beneficios.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios adicionales seleccionados</p> <p>Beneficio de OTC O beneficio de transporte (continuación)</p>	<p>Opción 1: beneficio de productos de OTC</p> <p>Usted puede comprar hasta \$120 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>Opción 1: beneficio de productos de OTC</p> <p>Usted puede comprar hasta \$140 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios adicionales seleccionados</p> <p>Beneficio de OTC O beneficio de transporte (continuación)</p>	<p>Para los miembros elegibles, el beneficio de productos de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.</p>	<p>Para los miembros elegibles, el beneficio de productos de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Consulte la sección de Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios adicionales seleccionados</p> <p>Beneficio de OTC O beneficio de transporte (continuación)</p>	<p>Opción 2: beneficio de transporte</p> <p>Puede realizar un máximo de 48 viajes de ida o vuelta por año a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta.</p> <p>Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente año.</p>	<p>Opción 2: beneficio de transporte</p> <p>Puede realizar un máximo de 48 viajes de ida o vuelta por año a una ubicación relacionada con la salud aprobada por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta.</p> <p>Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente año.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas. Este beneficio también cubre comidas entregadas a domicilio que pueden solicitarse en línea o por teléfono.	medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, que solo se puede usar en algunas farmacias o comercios minoristas. Este beneficio también cubre comidas entregadas a domicilio que pueden solicitarse en línea o por teléfono.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	La cobertura combinada de OTC de hasta \$120 por trimestre estará disponible trimestralmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente trimestre.	La cobertura combinada de OTC de hasta \$140 por trimestre estará disponible trimestralmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente trimestre.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	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.	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.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de la vista (servicios complementarios)	<p>Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario.</p> <p>Anteojos, incluidos anteojos con receta y lentes de contacto.</p> <p>Máximo de \$200 por año calendario.</p>	<p>Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario.</p> <p>Anteojos, incluidos anteojos con receta y lentes de contacto.</p> <p>Máximo de \$250 por año calendario.</p>

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

Cambios en la “Lista de medicamentos”

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

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o mudarlos 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 hay alguna restricción o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se realizan a principios de 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 buscar 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 (“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 “Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta”, (también conocida como 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 del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos cubiertos de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas vacunas para viajes, contra el herpes zóster y el tétano.</p>	<p>No hay deducible para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p>	<p>No hay deducible para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual (continuación)</p>	<p>El deducible de la Parte D es de \$375 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.</p>	<p>El deducible de la Parte D es de \$375 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4: medicamentos no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>

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 están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</p> <p>A continuación, se detallan 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>A continuación, se detallan 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>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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>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 \$10.</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 copago de \$100.</p>	<p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos</p> <p>Usted paga un copago de \$10.</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 copago de \$100.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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 5: medicamentos especializados</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para 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 especializados</p> <p>Usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>A continuación, se detallan sus costos por un suministro extendido (para 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>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</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 \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>	<p>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Nivel 2: medicamentos genéricos</p> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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 copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</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 copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Nivel 5: medicamentos especializados</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 especializados</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>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.	†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.	Ω – No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS)

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> <hr/> <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>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> <hr/> <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 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 permanecer en Elderplan Flex (HMO-POS)

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

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 estos pasos:

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 Original Medicare 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).

Le recordamos que 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 Flex (HMO-POS) 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 Flex (HMO-POS) 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 los 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 vigencia 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 1 (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-health-insurance>).

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.

- **“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, disponible los 7 días de la semana, las 24 horas.
 - 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 hablar con 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 con su 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 presentar el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, el comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y el 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 del estado 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 Flex (HMO-POS)

¿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* (en ella se describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

En este *Aviso anual de cambios* se 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 Flex (HMO-POS). 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 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 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). Contiene 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 otoños, 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, 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 ওষুধপত্র 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۔