Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-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*.

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 2023 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 Buscador 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 2023* (*Medicare y Usted 2023*).
- 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 2022, permanecerá en Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP).
- 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 2023**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2.2, página 34 para obtener más información sobre sus opciones.

- Si recientemente se muda a, actualmente vive en, o se muda fuera de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiar 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 y chino gratuitamente.
- Para obtener información adicional, póngase en contacto con el número de Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille u 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 Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

- Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.
- Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de necesidades especiales (SNP) a través de 2023 sobre la base de una revisión del Modelo de atención de Elderplan.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP).

H3347_EPS17223_M

Aviso anual de cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 2023.....7

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios
para el próximo año 16

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual..... 16

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de
su bolsillo..... 16

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores
y farmacias..... 18

Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los
servicios médicos..... 19

Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos
con receta de la Parte D 25

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir 33

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long
Term Care (HMO D-SNP)..... 33

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan..... 33

SECCIÓN 3	Cambio de plan	35
SECCIÓN 4	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	36
SECCIÓN 5	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	37
SECCIÓN 6	Preguntas	39
Sección 6.1:	Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP).....	39
Sección 6.2:	Cómo recibir ayuda de Medicare.....	40
Sección 6.3:	Cómo obtener ayuda de Medicaid	41

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por los deducibles, las consultas en el consultorio médico y las hospitalizaciones para pacientes internados.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0 o \$42.40 para su prima de la Parte D	\$0 o \$38.90 para su prima de la Parte D

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Deducible de la Parte B	El deducible es de \$233. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	El deducible es de \$233. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0. Estos montos de costo compartido corresponden a 2022 y pueden cambiar en 2023. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas con un especialista: copago de \$0 por consulta No hay cambios para 2023.
Hospitalizaciones para pacientes internados	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado.	No hay coseguro ni copago por la atención para pacientes internados en un hospital cubierta por Medicare ni por los servicios que recibe de los médicos y otros proveedores mientras usted es un paciente internado.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)	Se requiere autorización.	Se requiere autorización. No hay cambios para 2023.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: el deducible de la Parte D es de \$480. • Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$99, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).	Deducible: el deducible de la Parte D es de \$505. • Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) *† Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial para Medicamentos del Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo) *† Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial para Medicamentos del Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	• Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.85 o 15% del costo o 25% del costo * También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.	• Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o 15% del costo o 25% del costo * También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	Sus costos por un suministro para 90 días de un pedido por correo† cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido para pedido por correo durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos del Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente: • Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca	Sus costos por un suministro para 90 días de un pedido por correo† cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido para pedido por correo durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos del Nivel 1: Según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente: • Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)	considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.85 o 15% del costo o 25% del costo. † NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días por surtido.	considerados genéricos): copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o 15% del costo o 25% del costo. † NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días por surtido.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$7,550 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,300 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).
	\$0 o \$42.40 para su prima de la Parte D	\$0 o \$38.90 para su prima de la Parte D

Sección 1.2: 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.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo. Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$7,550 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,300 Usted no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias.

Hay cambios en nuestra red de proveedores y farmacias para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2023 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 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)	No tendrán cobertura en 2022.	No se requiere coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 28 consultas por año.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Productos de venta libre (OTC)	Usted puede comprar hasta \$195 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes. Para los miembros elegibles, el beneficio de productos de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).	Usted puede comprar hasta \$215 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes. Para los miembros elegibles, el beneficio de productos de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios de podiatría: Servicios de podiatría complementarios	Servicios de podiatría complementarios no cubiertos en 2022.	No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios	No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para cubrir determinados alimentos, así como comidas entregadas a domicilio, como parte de la asignación mensual de OTC. El beneficio combinado de OTC cubre hasta \$195 por mes. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente mes.	especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para cubrir determinados alimentos, comidas entregadas a domicilio y ciertos pagos de utilidad como parte de la asignación mensual de OTC. El beneficio combinado de OTC cubre hasta \$215 por mes. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente mes.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)	Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.	Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.
Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia	No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/ urgencia.	No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia.

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia (continuación)	El monto máximo del beneficio de cobertura internacional para emergencias/ urgencias es de \$50,000.	El monto máximo del beneficio de cobertura internacional para transporte de emergencia/ urgencia es de \$50,000.

Sección 1.5: 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 de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para comprobar si existen restricciones.

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 le 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 “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”.

Hay cuatro “etapas de pago de 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).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:

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

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte hasta que alcance el deducible anual.	El deducible de la Parte D es de \$480. Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$99, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).	El deducible de la Parte D es de \$505. Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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. 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.	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro para 90 días como máximo) * † Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro para 90 días como máximo) * † Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) 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>.	Medicamento de Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga: • Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca <i>considerados genéricos</i>): copago de \$0 o copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o 15% del costo; o 25% del costo total. • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.85 o 15% del costo; o 25% del costo	Medicamento de Nivel 1: Según su “Ayuda adicional”, usted paga: • Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca <i>considerados genéricos</i>): copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o 15% del costo; o 25% del costo total. • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o 15% del costo; o 25% del costo

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Sus costos por un suministro para 90 días de un pedido por correo† cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido para pedido por correo durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos del Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:	* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar. Sus costos por un suministro para 90 días de un pedido por correo† cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido para pedido por correo durante la Etapa de cobertura inicial para medicamentos del Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	• Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca <i>considerados genéricos</i>): copago de \$0 o copago de \$1.35 o copago de \$3.95 o el 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.00 o copago de \$9.85 o el 15% del costo o 25% del costo	• Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca <i>considerados genéricos</i>): copago de \$0 o copago de \$1.45 o copago de \$4.15 o el 15% del costo o 25% del costo • Para todos los demás medicamentos: copago de \$0 o copago de \$4.30 o copago de \$10.35 o el 15% del costo o 25% del costo

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
Aviso anual de cambios para 2023

Costo	2022 (este año)	2023 (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. Una vez que sus costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-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 Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP).

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2023, 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.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*, llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Como 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 Plus Long Term Care (HMO D-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 Plus Long Term Care (HMO D-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 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.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 3 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 2023.

¿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 2023, 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 2023.

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 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 siguientes: 5 distritos de NYC) o al 1-800-701-0501 (fuera de los 5 distritos de NYC). Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada en su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de New York State *Medicaid*, comuníquese con la Línea de ayuda de *Medicaid* de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116; los usuarios pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura.

SECCIÓN 5 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.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, 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.** 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 afección 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 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 costos compartidos para medicamentos con receta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) 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 6 Preguntas

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Servicio para los Miembros: 1-877-891-6447. (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 2023* (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 2023. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2023* de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-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. A modo de recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de

proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2: 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 2023 (Medicare y Usted 2023)*

Lea el manual *Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023)*. Todos los otoños, se envía este folleto 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.

Sección 6.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY deben llamar, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm.

Apéndice del Aviso anual de cambios para 2023

Información importante sobre lo que usted paga por determinadas recetas: A partir del 1 de abril de 2023, usted no tendrá que pagar un monto superior al coseguro ajustado para el beneficiario de Medicare original para los medicamentos reembolsables de la Parte B que puedan considerarse dentro de las categorías “Servicios de administración de quimioterapia, incluidos los medicamentos de quimioterapia/radiación” o bien “Otros medicamentos cubiertos de la Parte B de Original Medicare”.

Información importante sobre lo que usted paga por insulina: A partir del 1 de julio de 2023, 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.

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:

Coordinador de derechos civiles
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-891-6447 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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、1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 οποιοδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY:711). איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען איך 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 1-877-891-6447 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔