

## Elderplan Extra Help (HMO) ofrecido por Elderplan, Inc.

### Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Extra Help (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 en [www.elderplan.org](http://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.

## Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

---

2

- 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, incluso 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](http://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 Extra Help (HMO).
- 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 Extra Help (HMO).

- 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 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los *7 días* de la semana.
- Esta información 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## Acerca de Elderplan Extra Help (HMO)

- Elderplan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Extra Help (HMO).

H3347\_EPS17226\_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 ..... 17

Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores  
y farmacias ..... 19

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 ..... 31

**SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir .....41**

Sección 2.1: Si desea permanecer en Elderplan Extra  
Help (HMO) ..... 41

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan ..... 41

<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>42</b>
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>43</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>44</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Preguntas .....</b>	<b>46</b>
Sección 6.1:	Cómo recibir ayuda de Elderplan Extra Help (HMO) .....	46
Sección 6.2:	Cómo recibir ayuda de Medicare .....	47

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

## Resumen de costos importantes para 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2022 con los costos del año 2023 para Elderplan Extra Help (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$42.00 para su prima de la Parte D	\$38.90 para su prima de la Parte D
<b>Deducible de la Parte B del plan</b>	No hay deducible de la Parte B.	No hay deducible de la Parte B.  No hay cambios para 2023.

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de gastos directos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$7,550</p>	<p>\$7,550</p> <p>No hay cambios para 2023.</p>
<p><b>Consultas en el consultorio del médico</b></p>	<p>Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: copago de \$35 por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: copago de \$35 por consulta</p> <p>No hay cambios para 2023.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b></p>	<p>En 2022, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$390 por día</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día</p> <p>Se requiere autorización.</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>Días 6 a 90: copago de \$0 por día</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>No hay cambios para 2023.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: El deducible de la Parte D es de \$480 (solo se aplica a los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5).</p>	<p>Deducible: El deducible de la Parte D es de \$505 (solo se aplica a los medicamentos del Nivel 4 y el Nivel 5).</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>Sus costos por un <b>suministro para un mes</b> cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Usted paga un copago de \$4.</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos Usted paga un copago de \$10.</li> </ul>	<p>Sus costos por un <b>suministro para un mes</b> cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Usted paga un copago de \$4.</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos Usted paga un copago de \$10.</li> </ul>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted paga un copago de \$47.</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted paga un copago de \$100.</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados Usted paga un coseguro del 25%.</li> </ul> <p>Sus costos por un <b>suministro extendido (de hasta 90 días*†)</b> cuando obtiene</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted paga un copago de \$47.</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted paga un copago de \$100.</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados Usted paga un coseguro del 25%.</li> </ul> <p>Sus costos por un <b>suministro extendido (de hasta 90 días*†)</b> cuando obtiene</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos</li> </ul>	<p>el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos</li> </ul>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p>	<p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un coseguro del 25%.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></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>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus</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>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

16

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).	medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).

## 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)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$42.00 para su prima de la Parte D	\$38.90 para su prima de la Parte D

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que usted deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6.1 en relación con la “Ayuda adicional” de Medicare.

---

### **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.

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b></p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$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, no pagará nada más por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$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, no pagará nada más por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p> <p>No hay cambios para 2023.</p>

---

### **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](http://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.

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**

---

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 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos</b></p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos.</li> <li>• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</li> </ul> <p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos.</li> <li>• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</li> <li>• Colonoscopias de diagnóstico realizadas en un consultorio.</li> </ul> <p>Usted paga un copago para los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 para procedimientos/exámenes de diagnóstico.</li> <li>• Copago de \$20 para servicios de radiografías.</li> </ul> <p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos.</li> <li>• Dispositivos protésicos/suministros médicos.</li> </ul> <p>Se requiere autorización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 para procedimientos/exámenes de diagnóstico.</li> <li>• Copago de \$20 para servicios de radiografías.</li> </ul> <p>Coseguro del 20% por cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos.</li> <li>• Dispositivos protésicos/suministros médicos.</li> </ul> <p>Se requiere autorización.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios radiológicos de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios radiológicos de diagnóstico. Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).</li></ul>

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	<p>Usted puede comprar hasta \$60 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>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</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$80 por trimestre de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>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</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Productos de venta libre (OTC) (continuación)</b>	especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.	especiales para personas con enfermedades crónicas para obtener más información.
<b>Servicios de podiatría - Servicios de podiatría complementarios</b>	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.	No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios.  Puede recibir hasta 10 consultas de atención para los pies de rutina por año.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Usted paga un copago de \$30 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.	Usted paga un copago de \$20 para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare. Se requiere autorización.

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>Usted paga por admisión:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día; días 21 a 100: copago de \$184 por día; día 101 en adelante: paga todos los costos</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa como</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>Usted paga por admisión:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día; días 21 a 100: copago de \$196 por día; día 101 en adelante: paga todos los costos</p> <p>Un período de beneficios comienza el día que ingresa como</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Servicios en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</b></p>	<p>paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>paciente internado y finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes internados en un hospital (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></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 OTC para cubrir determinados alimentos, así como comidas entregadas a domicilio</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 OTC para cubrir determinados alimentos, así como comidas entregadas a domicilio</p>

**Aviso anual de cambios para 2023  
de Elderplan Extra Help (HMO)**

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</b></p>	<p>como parte de la asignación trimestral de OTC.</p> <p>La cobertura combinada de OTC es de hasta \$60 por trimestre. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente trimestre.</p>	<p>como parte de la asignación trimestral de OTC.</p> <p>La cobertura combinada de OTC es de hasta \$80 por trimestre. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente trimestre.</p>
<p><b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$30 para cada sesión de SET (para enfermedad arterial periférica, PAD) cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Usted paga un copago de \$25 para cada sesión de SET (para enfermedad arterial periférica, PAD) cubierta por Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Servicios de transporte (no cubierto por Medicare)</b></p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para el transporte no cubierto por Medicare.</p> <p>Puede realizar un máximo de 8 viajes de ida o vuelta por trimestre (3 meses) a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta.</p> <p>Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente trimestre.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para el transporte no cubierto por Medicare.</p> <p>Puede realizar un máximo de 32 viajes de ida o vuelta por año a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan en taxi, autobús, metro o camioneta.</p> <p>Los viajes que no se usen no se transferirán al siguiente año.</p>

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia</b></p>	<p>Usted paga un copago de \$65 para los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura internacional de servicios de emergencia</li> <li>• Cobertura internacional de urgencia</li> </ul> <p>El monto máximo del beneficio de cobertura internacional de servicios de emergencia/ urgencia es de \$50,000.</p>	<p>No se requiere copago ni coseguro para los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura internacional de servicios de emergencia</li> <li>• Transporte de emergencia internacional</li> <li>• Cobertura internacional de urgencia</li> </ul> <p>El monto máximo del beneficio de cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia es de \$50,000.</p>

---

**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 lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se 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**

<b>Costo</b>	<b>2022 (este año)</b>	<b>2023 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b> Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> del Nivel 4: medicamentos no preferidos; Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>No hay deducible para los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p> <p>El deducible de la Parte D es de \$480 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos; Nivel 5: medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos;</p>	<p>No hay deducible para los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1; Nivel 2: medicamentos genéricos; Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</p> <p>El deducible de la Parte D es de \$505 para el Nivel 4: medicamentos no preferidos; Nivel 5: medicamentos especializados. Durante esta etapa, usted paga el costo total del Nivel 4: medicamentos no preferidos;</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual (continuación)</b></p>	<p>Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Nivel 5: medicamentos especializados hasta que alcance el deducible anual.</p>
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b> 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 <b>usted paga su parte del costo.</b></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>Sus costos por un <b>suministro para un mes</b> cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$4.</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos</li> </ul>	<p>Sus costos por un <b>suministro para un mes</b> cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos: usted paga un copago de \$4.</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos</li> </ul>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>            Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido preferido o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>genéricos: usted paga un copago de \$10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted paga un copago de \$47.</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted paga un copago de \$100.</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados Usted paga un coseguro del 25%.</li> </ul> <p>Sus costos por un <b>suministro extendido (de hasta 90 días*†)</b></p>	<p>genéricos: usted paga un copago de \$10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos Usted paga un copago de \$47.</li> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos Usted paga un copago de \$100.</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados Usted paga un coseguro del 25%.</li> </ul> <p>Sus costos por un <b>suministro extendido (de hasta 90 días*†)</b></p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p>cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p>	<p>cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 2: medicamentos genéricos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$141.</p>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados</li> </ul>	<p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: medicamentos no preferidos</li> </ul> <p>Venta minorista: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 5: medicamentos especializados</li> </ul>

# Aviso anual de cambios para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></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>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</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>†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 2023 de Elderplan Extra Help (HMO)

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p> <p>\$4,430</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, 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> <p>\$4,660</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>

## **SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir**

### **Sección 2.1: Si desea permanecer en Elderplan Extra Help (HMO)**

**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 nuestro plan, Elderplan Extra Help (HMO).

### **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. 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 Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://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).

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

### **Paso 2: cambie su cobertura**

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Extra Help (HMO) 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 Extra Help (HMO) 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 3 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 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**

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 ayudarlo 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 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.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).  
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 7 días a la semana, 24 horas al día.
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A 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 afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado. (EPIC del estado de New York 1-800-332-3742, TTY 1-800-290-9138, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. o sitio web [[http://www.health.ny.gov/health\\_care/epic/](http://www.health.ny.gov/health_care/epic/)]).
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y

comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA 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 6 Preguntas

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Extra Help (HMO)

¿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* 2023 (describe en detalle 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* para 2023 de Elderplan Extra Help (HMO). 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](http://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](http://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 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](http://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](http://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.

## 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 7<sup>th</sup> Ave  
Brooklyn, NY, 11220  
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711  
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona, 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 Dolmetscherservice 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

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

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

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

**Yiddish:** מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔