2025

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Resumen de Beneficios

Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

H3347_EPS17734_M

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/_____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección_____

Número de teléfono (_____) _____

Nombre del representante de ventas

_____

Números importantes

_____

_____

_____

Servicios para los miembros

1-800-353-3765, TTY **711**

de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana

elderplan®

Resumen de beneficios

para **Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)**

Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates

Acerca de Elderplan

Elderplan es un plan Medicare Advantage, que se enorgullece de ser parte del Sistema de Salud de MJHS. Tanto Elderplan como MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores fundamentales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una rica historia de cuidados de neoyorquinos en riesgo de todos los antecedentes. Por eso comprendemos que las brechas en el acceso a la atención médica de calidad por cuestiones de raza, origen étnico, género y estabilidad económica siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, estamos ***abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia*** comprometiéndonos con la igualdad en la salud, cerrar estas brechas en la atención y con garantizar que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.

Además, una ventaja para nuestros miembros de Elderplan/HomeFirst siendo parte de la familia MJHS, es que nuestro sistema de salud también incluye lo siguiente: Cuidados en el hogar de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los Centros de Rehabilitación y Enfermería MJHS Isabella y MJHS Menorah. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas en todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.

Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que viven en una de las comunidades de vivienda asistida contratada de Elderplan, hogar de personas mayores o entornos de cuidados institucionales.

Este plan proporciona un nivel de atención adicional de uno de nuestros profesionales de enfermería (NP) especializados o auxiliares médicos (PA) junto con un enfermero certificado (RN) dedicado que lo ayudará y lo guiará al trabajar con sus médicos para crear un plan de atención personalizado, si fuera necesario, realizar exámenes físicos preventivos, controlar las afecciones crónicas, pedir exámenes de laboratorio, escribir recetas y responder sus preguntas. Este nivel de atención adicional le ayudará a evitar hospitalizaciones y visitas a la sala de emergencias estresantes e innecesarias, así como reforzar aún más el apoyo a su capacidad de permanecer en su entorno actual. Su equipo también compartirá todas las actualizaciones con usted, sus médicos y, si así lo desea, con sus familiares, lo que le brindará comodidad y tranquilidad.

¡Nuevo para 2025! Elderplan Select ahora ofrece un beneficio de productos de venta libre (OTC)* que incluye productos alimenticios, pagos por facturas de teléfono celular e Internet, e incluso le permite relajarse en salones de belleza y peluquerías elegibles. También recibirá un beneficio trimestral de transporte, todo con una tarjeta. Además, ahora puede consultar con cualquier médico que desee sin costo adicional.

Elderplan. Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....6
- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información sobre Elderplan Select

Sección II: Resumen de beneficios.....14
- Prima mensual, deducible y gastos no cubiertos máximos
- Beneficios cubiertos por Medicare
- Beneficios de medicamentos con receta
- Otros servicios cubiertos

Resumen de beneficios

Consultas con médicos (atención primaria)	**$0**
Deducible de la Parte B	
Juegos para el cerebro con BrainHQ®	
Examen auditivo de rutina	
Examen de la vista de rutina	
Licencia terapéutica	
Acupuntura, acupresión y quiropráctica	
Transporte	**$1,000** cada trimestre
Atención de especialistas	**$45**
Podiatría de rutina	**$10**
Beneficio de productos de venta libre (OTC)	**$175** todos los meses
NEW! Servicios dentales preventivos e integrales suplementarios	**$1,500** por año

Utilice su beneficio de OTC para comprar productos relacionados con la salud, alimentos, higiene personal o realizar un pago para su factura de teléfono celular también.*

* La elegibilidad se determina por si tiene una afección crónica asociada con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (OTC extendido). Entre los ejemplos de SSBCI se incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, artritis, trastornos pulmonares crónicos y cáncer. Hay otras condiciones elegibles que no están en la lista. Las normas pueden variar para este beneficio.

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

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 un tercero.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2025 de Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web **www.elderplan.org**.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Select

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Números de teléfono y sitio web de Elderplan Select

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: **www.elderplan.org**.

Este documento está disponible en español gratuitamente. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como 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.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en un centro de enfermería especializada o en un entorno de cuidados institucionales contratado por la red de Elderplan.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.

Información útil sobre Medicare

Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare con pago por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal. Visite el sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Select [HMO-POS I-SNP/IE-SNP]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

En este folleto del Resumen de beneficios se describen brevemente los servicios que cubre Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Select y Medicare Original mediante este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Medicare Original. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual vigente **Medicare y Usted (Medicare & You)** Puede consultarlo en línea en **https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf** o solicitar una copia al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) los 7 días de la semana, las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídales a los otros planes que le brinden el folleto del Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de Planes de Medicare que está disponible en **www.medicare.gov/plan-compare**.

Información sobre Elderplan Select

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Livingston, Monroe, Nassau, New York, Ontario, Orange, Orleans, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Seneca, Suffolk, Westchester y Yates.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Debe vivir en un centro de enfermería especializada o en un entorno de cuidados institucionales contratado en la red de Elderplan.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que la recuperará dentro de (1) mes, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la sección 2.1 del capítulo 4 de la Evidencia de cobertura se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web **www.elderplan.org** o bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Medicare Original. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, **www.elderplan.org**. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra y de los niveles de costo compartido del plan.

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: medicamentos no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de "Ayuda adicional" y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura (sección 7 del capítulo 2).

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)		
Prima mensual (prima de la Parte D)	$0	Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	$2.50	Si paga una prima de la Parte B de Medicare, se descuentan los $2.50 por mes a través de su pago del Seguro Social. Si paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, el Reembolso de la Parte B se acreditará mensualmente en su cheque del Seguro Social. Si no paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, pagará directamente a Medicare un monto mensual reducido.
Deducible de la Parte B	$0	

Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)		
Gasto máximo de bolsillo combinado	$7,500 Dentro de la red y fuera de la red combinados	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de costos de bolsillo combinados dentro y fuera de la red, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes internados	**Usted paga por admisión** dentro y fuera de la red: Días 1 a 6: copago de $320 por día. Día 7 en adelante: copago de $0 por día.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	**Copago dentro y fuera de la red** de $185.	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	**Copago dentro y fuera de la red** de $100.	Es posible que se requieran remisiones.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	**Copago de $0** dentro de la red para consultas en el consultorio. Copago de $0 para servicios de telesalud. **Copago de $0** fuera de la red para consultas en el consultorio.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Desea consultar a un médico (continuación)	Especialistas	**Dentro de la red** Copago de $45 para cada consultas. Copago de $45 para servicios de telesalud. **Fuera de la red:** copago de $45 para consultas en el consultorio.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual. Es posible que se requieran remisiones.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	**Dentro y fuera de la red** Copago de $0 para cada consulta.	Es posible que se requieran remisiones.
	Servicios de diálisis	Copago de $55 para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	
	Atención preventiva	**Dentro y fuera de la red:** copago de $0 para servicios preventivos cubiertos por Medicare.	Los servicios preventivos pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Pruebas de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Prueba de sangre con biomarcadores • Mediciones de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo - Pruebas con enemas de bario - Colonoscopias de detección - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	• Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección de hepatitis C • Pruebas de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (pruebas de detección) • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Servicios de tratamiento médico nutricional • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare" • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: - Vacunas contra la COVID-19 - Vacunas antigripales - Vacunas contra la hepatitis B - Vacunas contra el neumococo	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de emergencia	Atención de emergencia	Copago de $110 para cada consulta.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de $45 para visitas al consultorio y servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud dentro de la red, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes: • Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes externos	**Copago de $0 dentro y fuera de la red** para cada servicio.	Es posible que se requiera autorización para ciertos servicios de radiografías. Es posible que se requieran remisiones para los servicios de radiografías.
	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes: • Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos	**Dentro de la red** Copago de $0 para cada servicio.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita exámenes médicos (continuación)	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas [MRI] y tomografías computarizadas [CT])	**Copago de $0 dentro y fuera de la** red para cada servicio de CT. Copago de $75 para cada servicio de tomografías por emisión de positrones (PET), MRI y angiografías por resonancia magnética (MRA).	Se requiere autorización solo para PET, MRI, MRA y CT.
	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	**Copago de $75 dentro y fuera de la red** para cada servicio.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Copago de $0 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	
		Copago de $0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare cada tres años.	
	Audífonos	Hasta $2,000 para ambos oídos combinados cada tres años. Copago de $0 por evaluación/ adaptación de audífonos cada tres años.	Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.
Necesita atención dental	Servicios dentales integrales	Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de la dental (continuación)	Servicios dentales preventivos suplementarios e integrales	Usted puede recibir servicios dentales preventivos suplementarios e integrales ilimitados hasta $1,500 por año.	Podrá recibir los siguientes servicios dentales: • Exámenes bucales • Radiografías dentales • Otros diagnósticos • Servicios dentales • Profilaxis (limpiezas): • Tratamiento con fluoruro • Otros servicios dentales preventivos • Servicios de restauración • Endodoncia • Periodoncia • Prostodoncia, dentaduras extraíbles • Dispositivos protésicos maxilofaciales

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de la dental (continuación)			• Servicios de implantes • Prostodoncia, dentaduras fijas • Cirugía bucal y maxilofacial • Ortodoncia • Servicios generales suplementarios

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención oftalmológica	Exámenes de la vista	**Dentro y fuera de la red** Copago de $0 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		Copago de $0 para examen de la vista de rutina.	Puede recibir un examen de la vista por año.
	Elementos para corregir la vista	Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Copago de $0 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta $500 cada dos años como máximo.	Incluye lentes de contacto y anteojos.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de la salud mental	La salud mental de los pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 6: copago de $250 por día. • Día 7 en adelante: usted paga un copago de $0 todos los días.	Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de la salud mental (continuación)	La salud mental de los pacientes externos	Salud mental: **Copago de $50 dentro y fuera de la red** para sesiones individuales y grupales.	Se requiere autorización. Este beneficio también está disponible dentro de la red a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
		Servicios de psiquiatría: **Copago de $45 dentro y fuera de la red** para sesiones individuales y grupales.	Este beneficio también está disponible dentro de la red a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabilitación	Centro de enfermería especializada	Usted paga por admisión: • Días 1 a 20: copago de $0 por día. • Días 21 a 100: copago de $214 por día. • Día 101 en adelante: paga todos los costos.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.
Necesita terapia para paciente externo	Fisioterapia	**Copago de $40 dentro y fuera de la red** para cada consulta.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Ambulancia	Transporte terrestre: copago de $100 por cada viaje de ida o vuelta. Transporte aéreo: Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Puede recibir viajes de ida o vuelta ilimitados para ubicaciones médicas y terapéuticas de hasta $1,000 por trimestre (tres meses).	Puede tomar un taxi, servicio en coche compartido, autobús/metro o transporte médico.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Hasta $35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Es posible que se requiera autorización para determinados medicamentos.

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (también conocido como "Ayuda adicional"), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla por sus medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la Ayuda adicional que reciba y la farmacia que elija.

Prima de la Parte D	$0 por mes.
Deducible de la Parte D	Medicamentos de los Niveles 1, 2, 3, 4 y 5: el deducible de la Parte D es de $0.

Parte D de Medicare

Deducible de la Parte D y Etapa de cobertura inicial

Nombre del nivel	Deducible de la Parte D	Etapa de cobertura inicial		
		Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 30 días)*Ω	Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 90 días)^†Ω	Pedidos por correo Costo compartido en farmacia (suministro para 90 días)†Ω
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	$0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2: medicamentos genéricos		Copago de $2	Copago de $6	Copago de $4
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos		Copago de $25	Copago de $75	Copago de $50
Nivel 4: medicamentos no preferidos		Copago de $100	Copago de $300	Copago de $200
Nivel 5: medicamentos especializados		Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

Parte D de Medicare

* Suministro para un mes por costo compartido para farmacia minorista estándar (dentro de la red), atención a largo plazo (31 días) y fuera de la red.

^También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).

†NDS: suministro no extendido. Determinados medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

Ω: usted no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los $2,000, pasará a la siguiente etapa (etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “gastos no cubiertos” lleguen a un total de $2,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cobertura en situaciones catastróficas	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.

Otros servicios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita equipos y suministros médicos	Suministros para la diabetes	Copago de $10 para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Los copagos de $0 para monitoreo y suministros continuos de glucosa están disponibles en las farmacias participantes. Coseguro del 20% para equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.	Los monitoreos continuos de glucosa están limitados a determinados fabricantes: Freestyle Libre. Se requiere autorización. Se requiere autorización para determinados artículos.

Otros servicios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita equipos y suministros médicos (continuación)	Suministros médicos	Coseguro del 20% para suministros médicos.	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (prótesis para extremidades o dispositivos ortopédicos)	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.

Otros servicios cubiertos			
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje.	**Copago dentro y fuera de la red** de $40.	
	Terapia ocupacional	**Copago dentro y fuera de la red** de $35.	
	Rehabilitación cardíaca	Rehabilitación cardíaca: copago de $35 para servicios. Rehabilitación intensiva: copago de $45 para servicios.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de $25 para servicios.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura/ acupresión/quiropráctica	**Copago de $0 dentro y fuera de la red** por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año calendario dentro y fuera de la red.
Juegos para el cerebro con BrainHQ®	No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos.
Productos de venta libre (OTC)	Usted puede comprar hasta $175 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
OTC + alimentos + servicios públicos + Aseo personal	Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos se combinan con el beneficio para productos de venta libre (OTC) para cubrir alimentos, el pago de algunos servicios públicos y aseo personal como parte de la asignación mensual de OTC.

Más beneficios con su plan	
Servicios de podiatría de rutina	Copago de $10 por consulta. Puede recibir hasta seis servicios de podiatría de rutina por año dentro y fuera de la red combinados.
Licencia terapéutica	Los miembros del plan tienen hasta 5 días de licencia terapéutica cubiertos. No se requiere autorización.

Elderplan, Inc.
Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - información escrita 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 los siguientes:
    - intérpretes calificados
    - información escrita 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 el coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York, NY, 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

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

Además, 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 bien por correo postal o por teléfono como se indica a continuación:

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)

Los formularios de quejas están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: 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.

Español: 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.

Chino simplificado: 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。

Chino tradicional: 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。

Tagalo: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: 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.

Vietnamita: 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice 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.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 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.

Ruso: 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.

Árabe: 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) . هذه سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. 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.

Italiano: 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.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: 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.

Polaco: 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.

Japonés: 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ございます。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。

Albanés: 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.

Bengalí: 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।

Griego: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιεσδήποτε 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.

Yidis: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן איינער וואס. 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Urdu: ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-877-891-6447 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

Lista de verificación para la preinscripción

Es importante que usted comprenda totalmente nuestros beneficios y normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio al cliente y hablar con un representante al **1-800-353-3765**.

Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **www.elderplan.org** o llame al **1-800-353-3765** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y los copagos o coseguros pueden cambiar el **1 de enero de 2026**.
- ☐ Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- ☐ Este es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que usted ha tenido la necesidad, o se espera que la tenga, del nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades de desarrollo intelectual, una unidad o un hospital psiquiátricos, una unidad o un hospital de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de transición ("swing-bed") o un establecimiento aprobado por Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que provee servicios similares, durante 90 días o más.
- ☐ Este es un Plan institucional de necesidades especiales equivalente (IE-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que usted ha tenido la necesidad, o se espera que la tenga, del nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades

de desarrollo e intelectuales, una unidad o un hospital psiquiátricos, una unidad o un hospital de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de transición ("swing-bed") o un establecimiento aprobado por Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que provee servicios similares, durante 90 días o más.

- [ ] Su cobertura médica y con receta se revisaron con su cobertura de seguro actual. Se convertirá en miembro de Elderplan en la verificación de la inscripción y ya no tendrá cobertura con su plan actual.

elderplan homefirst®

una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

de 8 a.m. a 8 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org.

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.