

2024



*Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™*



# Resumen de Beneficios

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

*del 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024*

**Resumen de beneficios – Elderplan Select  
(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

**Fecha de entrada en vigencia propuesta** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**Nombre del representante de ventas**

**Números de teléfono importantes**

**Servicios para los Miembros**

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

**de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana**

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**



# Resumen de beneficios

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

**Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024**

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 miembro de MJHS Health System, una organización de atención médica sin fines de lucro fundada en 1907 por Las Cuatro Damas de Brooklyn, sobre la base de los valores centrales de compasión, dignidad y respeto. MJHS cuenta con una gran trayectoria en el cuidado de neoyorquinos en riesgo de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado militar.

Una de las tantas ventajas de ser miembro de Elderplan/HomeFirst es que formamos parte de la familia de MJHS Health System, que incluye lo siguiente: atención domiciliaria de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los centros MJHS Isabella y MJHS Menorah para rehabilitación y atención de enfermería. 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 de todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.

Elderplan considera que mantenerse saludable no siempre es tan fácil como consultar al médico o tomar los medicamentos según las indicaciones. Lamentablemente, 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, Elderplan marca el camino hacia una buena atención comprometiéndose con la igualdad en la salud, la eliminación de estas brechas en la atención y la garantía de que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.



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

## Descripción general del plan

Un nuevo plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que residen en una de las comunidades de vida asistida, asilos de ancianos o centros de asistencia colectiva contratados por Elderplan.

Proporciona un nivel adicional de atención de nuestro enfermero especializado (NP) o asistente médico (PA), junto con un enfermero registrado (RN) que le apoyará y guiará, trabajando con sus médicos para crear un plan de atención personalizado si es necesario, realizar exámenes físicos preventivos, gestionar enfermedades crónicas, solicitar pruebas de laboratorio, escribir recetas, y responder a sus preguntas. Este nivel añadido de atención ayudará a evitar

visitas innecesarias y estresantes a la sala de emergencias y hospitalizaciones, así como a apoyar aún más su capacidad para permanecer en nuestro entorno actual. Su equipo también le comunicará cualquier novedad a usted, a sus médicos y, si lo desea, a sus familiares, proporcionándole comodidad y tranquilidad.

Elderplan Select ofrece un beneficio ampliado de producto de venta libre (OTC) que incluye el pago de facturas de teléfono móvil, así como un beneficio trimestral de transporte, todo en una sola tarjeta. Además, puede consultar al médico que desee, sin costo adicional.

Elderplan. Marcamos el camino hacia una buena atención.

# Contenido

<b>Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....</b>	<b>7</b>
• Información de contacto de Elderplan	
• ¿Quién puede inscribirse?	
• Información útil sobre Medicare	
• Información sobre Elderplan Select	
<b>Sección II: Resumen de beneficios .....</b>	<b>16</b>
• Prima mensual, deducible y costos máximos que paga de su bolsillo	
• Beneficios que cubre Medicare	
• Beneficios de medicamentos con receta	
• Otros servicios cubiertos	



## Beneficios de un vistazo

 Consultas con médicos (atención primaria)	<b>\$0</b>
 Deducible de la Parte B	
 Juegos mentales con BrainHQ®	
 Examen auditivo de rutina	
 Examen de rutina de la vista	
 Licencia terapéutica	
 Acupuntura, acupresión y quiropraxia	
 Transporte	<b>\$1,000</b> cada trimestre
 Atención de un especialista	<b>\$45</b>
 Podiatría de rutina	<b>\$10</b>
 Beneficios de productos de venta libre (OTC)	<b>\$110</b> por mes
 Utilice su beneficio de OTC para comprar artículos relacionados con la salud y también para pagar su factura de teléfono móvil.*	

## Resumen de beneficios – **Elderplan Select** **(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

\* Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (beneficio de alimentos) se combinan con el beneficio de OTC para incluir el pago de la factura del teléfono móvil como parte de la prestación de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al 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 2024 de Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web

[www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

# Información de contacto de Elderplan

## Horarios de atención de Elderplan Select

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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 8:00 a.m. a 8:00 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: [www.elderplan.org](http://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 8:00 a.m. a 8:00 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 necesitan 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 hogar de convalecencia contratado por el plan de necesidades especiales institucional de la red de Elderplan. Estos materiales incluyen: Centro de enfermería especializada (SNF), centro de enfermería (NF), centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID), hospital o unidad psiquiátrica, hospital o unidad de rehabilitación u hospital de cuidados de larga duración.**

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

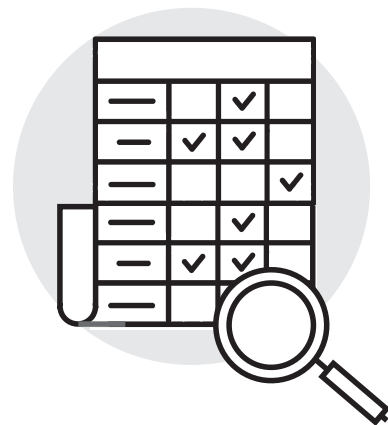
### Tiene opciones sobre cómo obtener los beneficios de Medicare

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

### Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan Select y Original Medicare utilizando 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 Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare y usted”**. Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf> o solicitar una copia impresa 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**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en [www.medicare.gov/plan-compare](http://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 asilo de ancianos contratado por el plan de necesidades especiales institucional de la red de Elderplan. Estos materiales incluyen: Centro de enfermería especializada

(SNF), centro de enfermería (NF), centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual (ICF/ID), hospital o unidad psiquiátrica, hospital o unidad de rehabilitación u hospital de cuidados de larga duración.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de un (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).



## Resumen de beneficios – **Elderplan Select** (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

### ¿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](http://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 Original Medicare, y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. 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.



## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

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](http://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 se encuentre 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, Etapa del período sin cobertura 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

## Resumen de beneficios – **Elderplan Select** **(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

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).

<b>Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)</b>		
<b>Prima mensual (prima de la Parte D)</b>	\$0	Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible de la Parte B</b>	\$0	

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

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

<p><b>Máximo que paga de su bolsillo</b></p>	<p>\$8,850 Servicios prestados dentro y fuera de la red combinados</p>	<p>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.</p> <p>Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo por servicios prestados dentro y fuera de la red combinados seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año.</p> <p>Recuerde que deberá seguir pagando los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p>
--	--	---

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención en un hospital</b>	Servicios hospitalarios para pacientes internados	<b>Dentro y fuera de la red</b> Usted paga por admisión: Del día 1 al 6: copago de \$320 por día. A partir del día 7: copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$185. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$185.	
	Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$100. <b>Fuera de la red</b> Copago de \$100.	Es posible que se requieran remisiones.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b>	Proveedores de atención primaria	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 para visitas al consultorio.                      Copago de \$0 para servicios de telesalud.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Copago de \$0 para visitas al consultorio.</p>	Para conocer los detalles de los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Especialistas	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$45 para visitas al consultorio.                      Copago de \$45 para servicios de telesalud.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>                      copago de \$45 para visitas al consultorio.</p>	Para conocer los detalles de los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual. Es posible que se requieran remisiones.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 para cada consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>                      copago de \$0 para cada consulta.</p>	Es posible que se requieran remisiones.
	Servicios de diálisis	Copago de \$45 para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	



Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva	<p><b>Dentro y fuera de la red:</b>                      copago de \$0 para los servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prueba de detección de glaucoma</li> <li>- Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>- Enema de bario</li> <li>- Exámenes rectales digitales</li> <li>- Electrocardiograma tras la visita de bienvenida</li> </ul>	Los servicios preventivos pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Detección y orientación de abuso de alcohol</li> <li>• Examen de biomarcadores en sangre</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</li> <li>• Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas de ADN en heces multiobjetivo</li> <li>- Pruebas con enemas de bario</li> <li>- Colonoscopias de detección</li> <li>- Análisis de sangre oculta en la materia fecal</li> <li>- Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles</li> </ul> </li> </ul>

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de la diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma</li> <li>• Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV)</li> <li>• Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (pruebas de detección)</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Servicios de tratamiento nutricional</li> <li>• Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento</li> </ul>

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19, vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo</li> <li>• Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” (única vez)</li> <li>• Consulta anual de “Bienestar”</li> </ul>	
<b>Necesita atención de emergencia</b>	Atención de emergencia	Copago de \$100 para cada consulta.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$0 para visitas al consultorio y servicios de telesalud.	Para conocer los detalles de los servicios de telesalud dentro de la red, llame a su proveedor actual.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b>	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</li> <li>• Procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes externos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para cada servicio.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 para cada servicio.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización para determinados servicios de radiografía. Para los servicios de radiografía puede ser necesaria una remisión.</p>

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i></p>	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos</li> </ul>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para cada servicio.</p>	

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i>	Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$75 para cada servicio.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$75 para cada servicio.</p>	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).
	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$75 para cada servicio.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$75 para cada servicio.</p>	



Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención auditiva</b>	<b>Exámenes auditivos</b>	Copago de \$0 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare que se hace cada tres años.	
	<b>Audífonos</b>	Hasta \$2,000 (para ambos oídos combinados) cada 3 años. Copago de \$0 por adaptación/ evaluación de audífonos cada 3 años.	Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención dental</b>	Servicios dentales	Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	
	Servicios dentales preventivos	Sin cobertura.	
<b>Necesita atención oftalmológica</b>	Exámenes de la vista	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		<b>Fuera de la red</b> Copago de \$0 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos.	Puede recibir un examen de la vista por año.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención oftalmológica</b> <i>(continuación)</i>	Anteojos	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 un máximo de \$500 cada 2 años.	Incluye lentes de contacto y anteojos.
<b>Necesita atención de la salud mental</b>	Atención de la salud mental para pacientes internados	Usted paga por admisión: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del día 1 al 6: copago de \$250 por día.</li> <li>• A partir del día 7: copago de \$0 por día.</li> </ul>	Se requiere autorización.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

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

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada</b>	Centro de enfermería especializada	<p>Usted paga por admisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Del día 1 al 20: copago de \$0 por día.</li> <li>• Del día 21 al 100: copago de \$203 por día.</li> <li>• A partir del día 101: usted paga todos los costos.</li> </ul>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.</p>
<b>Necesita terapia para paciente externo</b>	Fisioterapia	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$40 para cada consulta.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Copago de \$40 para cada consulta.</p>	

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud</b>	Ambulancia	<p>Transporte terrestre: copago de \$100 por cada viaje de ida o de vuelta.</p> <p>Transporte aéreo: coseguro del 20% por cada viaje de ida o de vuelta.</p>	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Puede recibir un número ilimitado de viajes de ida o de vuelta por motivos médicos y terapéuticos de hasta \$1,000 por trimestre (3 meses).	También puede tomar un taxi, un servicio de transporte compartido, un autobús, el metro, una camioneta o un transporte médico.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera de autorización para ciertos medicamentos.

# Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

## Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir subsidio por bajos ingresos (también llamado “Ayuda adicional”), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla para los medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la ayuda adicional que reciba.

<b>Prima de la Parte D</b>	\$0 por mes.
<b>Deducible de la Parte D</b>	Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: el deducible de la Parte D es \$0. Medicamentos de los Niveles 4 y 5: el deducible de la Parte D es \$545. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$545; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.





# Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

<b>Parte D de Medicare</b>				
<b>Deducible de la Parte D y etapa de cobertura inicial</b>				
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	Pedido por correo Costo compartido en farmacia (suministro para 90 días)†Ω
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$8
Nivel 2: Medicamentos genéricos		Copago de \$14	Copago de \$42	Copago de \$28
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$545	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados		Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

# Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

## Parte D de Medicare

\* Costo compartido para un suministro para un mes en una farmacia minorista (dentro de la red), un centro de atención a largo plazo (31 días) o una farmacia fuera de la red.

\* El suministro para 60 días también está disponible para la venta minorista estándar (dentro de la red).

† Suministro en días no extendido (NDS). Ciertos medicamentos especializados se limitan 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, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

## Etapa del período sin cobertura

Usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Si recibe Ayuda adicional, no ingresará en la Etapa del período sin cobertura. En lugar de eso, continuará pagando el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial hasta la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

### Parte D de Medicare

Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

### Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

#### Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa de pago, el plan se hace cargo del costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D. Usted no paga nada.

Resumen de beneficios – **Elderplan Select**  
**(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

**Otros servicios cubiertos**

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b>	Suministros para la diabetes	Copago de \$10 para los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a ciertos fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro del 20% por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.	Se requiere autorización para determinados artículos.
	Suministros médicos	Coseguro del 20% para suministros médicos.	Se requiere autorización.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

### Otros servicios cubiertos

<p><b>Necesita equipos y suministros médicos</b> <i>(continuación)</i></p>	<p>Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)</p>	<p>Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.</p>	<p>Se requiere autorización.</p>
<p><b>Necesita servicios de rehabilitación</b></p>	<p>Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$40.</p> <p><b>Fuera de la red</b> Copago de \$40.</p>	
	<p>Rehabilitación cardíaca</p>	<p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$30 para los servicios. Rehabilitación intensiva: copago de \$55 para los servicios.</p>	<p>Se requiere autorización.</p>
	<p>Rehabilitación pulmonar</p>	<p>Copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>Se requiere autorización.</p>

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

### Más beneficios con su plan

<b>Servicios de acupuntura/ acupresión/quiropaxia</b>	<b>Dentro y fuera de la red</b> Copago de \$0 por visita. Puede recibir hasta 20 visitas por año natural dentro y fuera de la red combinadas.
<b>Juegos mentales con BrainHQ®</b>	No hay copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa para el bienestar de la memoria en línea que mejora el funcionamiento del cerebro a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Usted puede comprar hasta \$110 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
<b>OTC + pago de facturas de teléfono móvil</b>	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados servicios públicos como parte de la asignación mensual de OTC.

## Resumen de beneficios – Elderplan Select (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024

### Más beneficios con su plan

<b>Servicios rutinarios de podiatría</b>	Copago de \$10 por consulta. Puede recibir hasta 6 servicios rutinarios de podiatría al año dentro y fuera de la red.
<b>Licencia terapéutica</b>	Los miembros del plan tienen hasta 5 días de licencia terapéutica cubiertos. No se requiere autorización.

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

**Español (Spanish)**

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
  - Intérpretes calificados
  - Información en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

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

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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



## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

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

**Chinese Traditional:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. 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 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية 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 Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

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

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

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

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

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

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

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

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

# Lista de verificación para la preinscripción

Es importante que usted comprenda totalmente nuestros beneficios y nuestras 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) ofrece 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](http://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.

## Resumen de beneficios – **Elderplan Select** **(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

### **Cómo comprender normas importantes**

- Además de su prima mensual del plan, usted 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 o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no concertados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderle. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores no concertados pueden denegar la atención.
- Este plan es un plan de necesidades especiales institucional (I-SNP). Su derecho a inscribirse se basará en la comprobación de que, durante 90 días o más, ha necesitado o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionado en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de cuidados a largo plazo, un hospital de camas móviles o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que proporcione servicios similares.

## Resumen de beneficios – **Elderplan Select** **(HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2024**

- Este plan es un plan institucional equivalente para necesidades especiales (IE-SNP). Su derecho a inscribirse se basará en la comprobación de que, durante 90 días o más, ha necesitado o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionado en un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería, un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de cuidados a largo plazo, un hospital de camas móviles o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que proporcione servicios similares.
- Hemos cotejado su cobertura médica y de medicamentos con receta con la cobertura de su plan actual. Una vez que se verifique su inscripción, pasará a estar afiliado a Elderplan y dejará de tener la cobertura de su plan actual.



Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-800-353-3765**

de 8:00 a.m. a 8:00 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.