

2026



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de Beneficios

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

del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Resumen de beneficios: **Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP) 2026**

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de información importante

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

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

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

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 una agencia participante del Sistema de Salud de MJHS. Elderplan y MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores centrales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una rica historia de cuidar a las personas en riesgo de New York de todos los antecedentes. Por eso comprendemos que las brechas en el acceso a la atención médica de calidad siguen siendo, frecuentemente, un factor. De conformidad con nuestros valores, estamos ***Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia*** comprometiéndonos con la igualdad en la salud, con 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 que Elderplan/HomeFirst sea una agencia participante de 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 Isabella y Menorah de MJHS. 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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que residen en una de las comunidades de vivienda asistida contratadas, hogares de personas mayores u otros entornos de atención colectiva de Elderplan, que ofrece una cobertura y un apoyo integral adaptados a sus necesidades.

Este plan proporciona un enfermero practicante (NP) o auxiliar médico (PA) especializado junto con un enfermero certificado (RN) dedicado que lo apoyará y guiará trabajando con sus médicos para crear un plan de atención personalizado, realizar exámenes físicos preventivos, controlar afecciones crónicas, solicitar análisis de laboratorio, emitir recetas y responder sus preguntas. Este nivel de apoyo 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 de atención también compartirá actualizaciones con usted, sus médicos y, si lo desea, sus seres queridos, brindándole comodidad y tranquilidad.

También disfrutará de un beneficio ampliado de productos de venta libre (OTC)* que incluye alimentos, facturas de teléfono celular e internet, e incluso visitas a salones de belleza y peluquerías elegibles. Además, consulte a cualquier médico que elija sin costo adicional.

Nuevo para 2026: disfrute de más libertad y conveniencia con un beneficio trimestral de transporte y asignaciones anuales para anteojos o lentes de contacto, así como audífonos, todo accesible a través de una práctica tarjeta.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información sobre Elderplan Selecto

Sección II: Resumen de beneficios 15

- Prima mensual (prima de la Parte D), reducción de la prima de la Parte B, deducible de la Parte B, monto máximo de gastos no cubiertos
- Beneficios que cubre Medicare
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros servicios cubiertos

Descripción breve de los beneficios

	Consultas con médicos (atención primaria)	\$0
	Deducible de la Parte B	
	Juegos para el cerebro con BrainHQ®	
	Licencia terapéutica	
	Acupuntura, acupresión y quiropráctica	
	Transporte	\$1,000 cada trimestre
	Atención de especialistas	\$45
	Examen auditivo de rutina	\$1,000 anualmente
	Examen de la vista de rutina	\$150 anualmente
	Podiatría de rutina	\$10
	Beneficio de productos de venta libre (OTC)	\$175 por mes
	Servicios dentales preventivos e integrales suplementarios	\$1,500 por año
	Utilice su beneficio de OTC para comprar productos relacionados con la salud, alimentos, productos de aseo personal o también pagar su factura de teléfono celular.*	

*La elegibilidad se determina en función de si usted tiene una condición crónica asociada con el beneficio suplementario especial para personas con condiciones crónicas (SSBCI) (OTC ampliado). Algunos ejemplos de condiciones médicas asociadas a los SSBCI son, entre otros, los trastornos cardiovasculares, la diabetes, la artritis, los trastornos pulmonares crónicos y la enfermedad renal crónica. Hay otras condiciones elegibles que no están mencionadas. Los estándares para este beneficio pueden variar.

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 2026 de Elderplan Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Selecto

- 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 Selecto

- 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.

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 necesita información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Elderplan Selecto (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

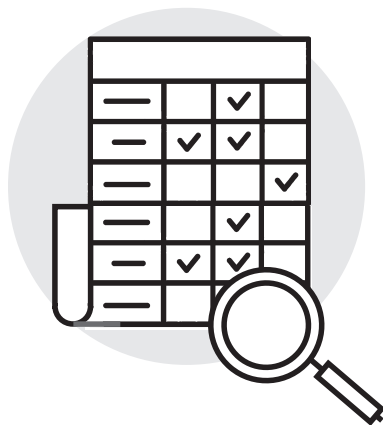
Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de 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).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Selecto [HMO-POS I-SNP/IE-SNP]).

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

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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



- 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 impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 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, pídales a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



Información sobre Elderplan Selecto

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 Selecto (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 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.

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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP).

Elderplan Selecto (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 Selecto (HMO-POS I-SNP/IE-SNP)		
Monto máximo de gastos no cubiertos	\$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 gastos no cubiertos de la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de gastos no cubiertos 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	Dentro y fuera de la red Usted paga por admisión: 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	Dentro y fuera de la red Copago de \$185.	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Dentro y fuera de la red Copago 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	Dentro de la red Copago de \$0 para consultas presenciales. Copago de \$0 para servicios de telesalud. Fuera de la red Copago de \$0 para consultas presenciales.	Para obtener más detalles sobre los servicios de 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 <i>(continuación)</i>	Especialistas	Dentro de la red Copago de \$45 para cada consulta presencial. Copago de \$45 para servicios de telesalud. Fuera de la red: Copago de \$45 para consultas presenciales.	Para obtener más detalles sobre los servicios de 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.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	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.
		• Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Medición de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal - Pruebas de sangre con biomarcadores - Colonoscopias	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>	- Colonografía por tomografía computarizada (TC) - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopia flexible - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo • 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 • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacuna contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección del virus de la hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer del pulmón	

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)	• Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare” • Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: - Vacuna contra la COVID-19 - Vacunas contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Vacunas contra el neumococo • Consulta anual de “bienestar”	

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 \$115 para cada consulta.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$40 para consultas presenciales y servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre los servicios de 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	Dentro y fuera de la red Copago de \$0 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.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	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 MRI y TC)	Dentro y fuera de la red Copago de \$0 para cada servicio de TC. 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 TC.
	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia para el cáncer)	Dentro y fuera de la red Copago de \$75 para cada servicio.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Servicios auditivos	Dentro y fuera de la red Copago de \$0 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.
		Dentro de la red Copago de \$0 para exámenes auditivos (de rutina), adaptaciones o evaluaciones para la colocación de audífonos, o audífonos (todos los tipos) no cubiertos por Medicare: asignación anual de hasta \$1,000.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
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 dental <i>(continuación)</i>	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

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>			• Prostodoncia, dentaduras extraíbles • Dispositivos protésicos maxilofaciales • 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	Servicios oftalmológicos	Dentro y fuera de la red Copago de \$0 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Dentro y fuera de la red Copago de \$0 para exámenes de la vista (de rutina) y anteojos no cubiertos por Medicare: asignación anual de hasta \$150.	Incluye lentes de contacto y anteojos. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental	Atención de la salud mental para 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 <i>(continuación)</i>	Atención de la salud mental para pacientes externos	Salud mental: Dentro y fuera de la red 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 tele salud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
		Servicios de psiquiatría: Dentro y fuera de la red 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 tele salud. 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	Dentro y fuera de la red Copago de \$40 para cada consulta.	Se requiere autorización.

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, furgoneta o transporte médico.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
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 con 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.

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 \$2,100, 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 \$2,100, 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. Usted 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.

Otros servicios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita equipos y suministros médicos <i>(continuación)</i>	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			
Necesita equipos y suministros médicos <i>(continuación)</i>	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.
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje	Dentro y fuera de la red Copago de \$40.	Se requiere autorización.
	Terapia ocupacional	Dentro y fuera de la red Copago de \$35.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Rehabilitación cardíaca: copago de \$30 para servicios. Rehabilitación intensiva: copago de \$40 para servicios.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$25 para servicios.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura/ acupresión/quiropática	Dentro y fuera de la red Copago de \$0 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.

Más beneficios con su plan	
OTC + alimentos+ servicios + 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 y aseo personal como parte de la asignación mensual de OTC.
Servicios de podiatría de rutina	Dentro y fuera de la red 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 o 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 discapacidades para que se comuniquen 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:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
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 brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 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)

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

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل للقومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعينة المناسبة متاحة لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l'anglais ou si vous avez besoin d'une assistance d'interprétation, des services d'assistance linguistique et des aides auxiliaires appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d'assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyon, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेजी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell'assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو، (TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں۔

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פאָלגט די אָנווענדלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופּמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט אַ נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פּאַסיק הילפּסמיטלען בנימצא פֿאַר אַיך אָן קיין אָפּצאָל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)

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.

Comprenda 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 2027**.
- ☐ 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 psiquiátrico, 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 psiquiátrico, una unidad o un hospital de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de transición 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 convierte en miembro de Elderplan en la verificación de la inscripción y ya no tiene cobertura con su plan actual.

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.