

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP) ofrecido por Elderplan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP). El año próximo habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.5 y 1.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?

- ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias?
¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas menos costosas que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales que paga de su bolsillo durante el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando los precios y también muestran la información sobre precios año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense acerca de los costos generales de atención médica.
- ¿Cuánto pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza con frecuencia?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?

- ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones de plan

Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Use la función de búsqueda personalizada en el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
- Revise la lista en la portada posterior del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.

Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP), no es necesario que haga nada. Permanecerá en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre hoy y el 31 de diciembre. Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección 2.2, en la página 31, para obtener más información acerca de las opciones.

Recursos adicionales

- 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 está disponible en distintos formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)

- Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP).

Resumen de costos importantes para 2019

En la siguiente tabla, se comparan los costos del año 2018 con los costos del año 2019 para Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP) en varias áreas importantes.

Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la Evidencia de cobertura que se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org para saber si otros cambios en los beneficios o costos lo afectan a usted.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0 o \$39.00 para su prima de la Parte D.	\$0 o \$39.30 para su prima de la Parte D.
Deducible	\$0 o \$183 para el deducible dentro de la red de Medicare.	\$0 o \$185 para el deducible dentro de la red de Medicare.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Deducible (continuación)	Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta.	Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico (continuación)	Consultas al especialista: 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.	Consultas a especialistas: 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>En 2018, los montos para cada período de beneficios son de \$0 o: Deducible de \$1,340 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$335 por día. Días 91 a 150: copago de \$670 por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida). Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p>En 2019, los montos para cada período de beneficios son de \$0 o: Deducible de \$1,364 para cada período de beneficios. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$341 por día. Días 91 en adelante: copago de \$682 por día de reserva de por vida después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		<p>Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>
<p>Hospitalizaciones (continuación)</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Se requiere autorización, excepto en caso de emergencia.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$405 Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamento de Nivel 1: Según sus ingresos y su estado institucional, para todos los medicamentos cubiertos, usted paga un coseguro del 25% o: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.35.</p>	<p>Deducible: \$0, \$85 o \$415 Coseguro o copago durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamento de Nivel 1: Usted paga un coseguro del 25% o lo siguiente*: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.40; o del 15% del costo total.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación).	Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.70; o copago de \$8.35.	Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.80; o copago de \$8.50; o del 15% del costo total. * Según cuál sea su ingreso o su situación institucional. Si usted es elegible para un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), puede ser elegible para un costo compartido reducido.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2019
Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios de Medicare para el próximo año.....	11
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	11
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	11
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	13
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	15
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	15
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	26
SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir	36
Sección 2.1 – Si desea seguir inscrito en Elderplan f or Medicaid Beneficiaries (HMO SNP).....	36
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	36
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan.....	38
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	39
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	40
SECCIÓN 6 Preguntas.....	42

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)	42
Sección 6.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	43
Sección 6.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	44

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid).	\$0 o \$39.00 para su prima de la Parte D.	\$0 o \$39.30 para su prima de la Parte D.

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

A fin de protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>		

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizarlo, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. El Directorio de proveedores y farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en www.elderplan.org. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Si desea obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar), en su Evidencia de Cobertura de 2019.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Programas educativos sobre salud y bienestar</p>	<p>No se cubre la membresía del gimnasio.</p> <p>Estos programas incluyen materiales educativos impresos sobre la salud. Copago de \$0.</p>	<p>Estos programas incluyen materiales educativos impresos sobre la salud y membresías de gimnasios. Copago de \$0.</p> <p>El programa de ejercicios y envejecimiento saludable de Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a gimnasios y YMCA participantes. La membresía del gimnasio incluye servicios estándares del gimnasio, como el acceso a los equipos cardiovasculares, pesas libres, equipos de entrenamiento de resistencia y clases de ejercicios grupales.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% (hasta \$80) por cada consulta.*</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un copago.</p> <p>Se aplica al deducible de la Parte B.</p> <p>* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% (hasta \$90) por cada consulta.*</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un copago.</p> <p>No se aplica al deducible de la Parte B.</p> <p>* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>0% o 20% del costo total (hasta \$65) para cada consulta.*</p> <p>Se exime el coseguro si el beneficiario es internado dentro de las 24 horas.</p>	<p>0% o 20% del costo total (hasta \$65) para cada consulta.*</p> <p>Se exime el coseguro si el beneficiario es internado dentro de las 24 horas.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios de urgencia (continuación)	Se aplica al deducible de la Parte B. * Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	No se aplica al deducible de la Parte B. * Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Cobertura de servicios de emergencia/urgencia a nivel mundial	Usted paga un copago de \$65 para los servicios cubiertos de emergencia/urgencia a nivel mundial (se exime si lo internan en el hospital). El monto máximo del beneficio es \$50,000.	Usted paga un copago de \$0 para los servicios cubiertos de emergencia/urgencia a nivel mundial (se exime si lo internan en el hospital). El monto máximo del beneficio es \$50,000.
Otros profesionales de salud	Se requiere de autorización.	Se requiere de autorización solo para consultas a domicilio facturadas directamente por un profesional en enfermería o un auxiliar médico.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos	Usted paga el 0% o 20% del costo total por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 para los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
Medicamentos de venta libre (OTC)	<p>Usted puede comprar hasta \$85 por mes de algunos productos de venta libre (Over the Counter, OTC) con una tarjeta de débito provista por Elderplan.</p> <p>La cifra en dólares correspondiente a los artículos de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$88 por mes de algunos productos de venta libre (Over the Counter, OTC) con una tarjeta de débito provista por Elderplan.</p> <p>La cifra en dólares correspondiente a los artículos de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios auditivos	No se cubre el examen auditivo de rutina.	Se cubre el examen auditivo de rutina.
	No se cubre la colocación/evaluación de audífonos.	Usted paga un copago de \$0 para 1 examen auditivo de rutina cada 3 años.
	Usted paga un copago de \$0 para audífonos, hasta \$1,000 en total para ambos oídos combinados cada 3 años.	Se cubre la colocación/evaluación de audífonos.
		Usted paga un copago de \$0 para 1 colocación/evaluación de audífonos cada 3 años.
		Usted paga un copago de \$0 para audífonos, hasta \$1,300 en total para ambos oídos combinados cada 3 años.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>El deducible del plan dentro de la red se aplica a lo siguiente:</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios de rehabilitación pulmonar, hospitalización parcial, servicios de atención de la salud en el hogar; servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de salud, servicios de psiquiatría, fisioterapia y servicios de patología del habla y del lenguaje,</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación cardíaca, servicios intensivos de rehabilitación pulmonar, hospitalización parcial, 6: servicios de atención de la salud en el hogar; servicios de médicos de atención primaria, servicios de quiropráctica, servicios de terapia ocupacional, servicios de especialistas médicos, servicios especializados de salud mental, servicios de podiatría, otros profesionales de salud, servicios de psiquiatría, fisioterapia y servicios de patología del habla</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>El deducible del plan dentro de la red se aplica a lo siguiente: (continuación)</p>	<p>procedimientos de diagnóstico/exámenes/servicios de laboratorio, servicios radiológicos terapéuticos, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC), atención por abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia, equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME), suministros</p>	<p>y del lenguaje, procedimientos de diagnóstico/exámenes/servicios de laboratorio, servicios radiológicos terapéuticos, servicios de radiografías para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC), atención por abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de exámenes de sangre para pacientes externos, servicios de ambulancia terrestre, equipo médico duradero (Durable</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	protésicos/médicos, servicios y suministros	

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
El deducible del plan dentro de la red se aplica a lo siguiente: (continuación)	para la diabetes, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, otros servicios preventivos cubiertos por Medicare, servicios odontológicos integrales.	Medical Equipment, DME), suministros protésicos/médicos, servicios y suministros para la diabetes, servicios de diálisis, servicios educativos sobre enfermedad renal, prueba de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Atención de la vista</p>	<p>No se cubre el examen de la vista de rutina.</p> <p>No se cubren los anteojos.</p>	<p>Se cubre el examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>Se cubren los anteojos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para anteojos hasta un límite de \$100 por año calendario. Los anteojos proporcionados luego de una cirugía de cataratas no están sujetos a este límite de \$100.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p>	<p>No se cubre la terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET).</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por cada sesión de terapia de ejercicio supervisada (SET).</p>

Sección 1.6: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

<h3>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</h3>

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se ha proporcionado electrónicamente una copia de nuestra Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos contiene muchos (pero no la totalidad) de los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en la lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Puede conseguir la Lista de medicamentos completa** si llama a Servicios para los miembros (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web (www.elderplan.org).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo y para comprobar si existen restricciones.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarle al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de*

cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])
o llame a Servicios para los miembros.

- **Consultar con su médico (o persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente cubierto por nosotros.** Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el Formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía para evitar una interrupción del tratamiento. Para 2019, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (LTC) ahora recibirán un suministro temporal que equivale a la cantidad de días de suministro temporal proporcionada en todos los demás casos: 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (al menos 91 días y hasta 98 días de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, usted podrá solicitar una excepción al formulario por adelantado para el próximo año. Le comunicaremos cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el próximo año. Los miembros actuales pueden solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos aplicar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare.

A partir de 2019, podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos de inmediato si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos restricciones. Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero lo pasaremos de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregaremos restricciones nuevas. Esto significa que, si usted está tomando el medicamento de marca que se reemplaza por el medicamento genérico nuevo (o cambia el nivel o la restricción del medicamento de marca), ya no siempre recibirá un aviso del cambio 60 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un resurtido para 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está

tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que aplicamos, pero puede recibirlo después de que el cambio se haya aplicado.

Además, a partir de 2019, antes de que realicemos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que nos exijan que le proporcionemos un aviso anticipado si usted está tomando un medicamento, le proporcionaremos un aviso 30 días, en lugar de 60 días, antes de que apliquemos el cambio. O bien, le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

Cuando aplicamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que apliquemos a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido un inserto separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con

receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que usted recibe “Ayuda adicional”, llame a Servicios para los miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Servicios para los miembros.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.	El deducible es de \$405. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible).	El deducible es de \$0; \$85; o \$415. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible). Si usted es elegible para un subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), puede ser elegible para un costo compartido reducido.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y los coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura.*

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Usted paga el 25% del costo total o lo siguiente*: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.35. Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.70; o copago de \$8.35. * Según cuál sea su ingreso y su situación institucional.</p>	<p>Nivel 1: Usted paga el 25% del costo total o lo siguiente*: Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0; o copago de \$1.25; o copago de \$3.40; o el 15% del costo total. Para todos los demás medicamentos: copago de \$0; o copago de \$3.80; o copago de \$8.50; o el 15% del costo total. *Según cuál sea su ingreso y su</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		situación institucional.

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de las dos etapas.**

Si desea obtener información sobre los costos de estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2.2) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área a través del Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).

Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.

Como recordatorio, Elderplan Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en *Elderplan for Medicaid Beneficiaries* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, póngase en contacto con Servicios para los miembros (en la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).

- *O bien*, póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde hoy hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. A partir de 2019, se aplican nuevos límites en la frecuencia en que puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: a partir del 1 de enero de 2019, si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En New York, al SHIP se le denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (Aging Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada. El Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina

para las Personas de Edad Avanzada pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada al (212) 602-4180 (dentro de los distritos municipales) o al 1-800-701-0501 (fuera de los distritos municipales). Puede obtener más información sobre el Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada en su sitio web (<http://www.aging.ny.gov/healthbenefits/>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios del Departamento de Salud del estado de New York (Medicaid), comuníquese con la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA de la oficina de Servicios Sociales del Departamento de Salud del Estado de New York al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan su cobertura de beneficios en virtud del Departamento de Salud del Estado de New York (Medicaid).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se mencionan dos tipos diferentes de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos.

La Ayuda adicional paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a los siguientes números de teléfono:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** New York tiene un programa llamado Programa de Cobertura de Seguro de Productos Farmacéuticos para las Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage Program, EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad económica, la edad o la afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).
 - **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA

tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 6 Preguntas

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los miembros al 1-800-353-3765. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2019. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes,

vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 6.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la *Línea de ayuda de Medicaid de la HRA de la Oficina de Servicios Sociales del Departamento de Salud del Estado de New York al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.*

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:

- 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 (tamaño de letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
 - 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:

Civil Rights Coordinator
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

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

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 teléfono o correo postal a la siguiente dirección:

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>.

Servicios de interpretación multilingües

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) **注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Criollo francés) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Ídish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך
שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט

.1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Bengalí) লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে
নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-
353-3765 (TTY: 711)।

(Polaco) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz
skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod
numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Árabe) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة
في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم
.1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Francés) ATTENTION : Si vous parlez français, des services
d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le
1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی
خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں
.1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari
kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang
bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).