

# **Resumen de beneficios de Elderplan para Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)**

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens y Westchester

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

**Proveedor de atención primaria**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

**Nombre del representante de ventas** \_\_\_\_\_

**Números de teléfono importantes**

**Servicios para los miembros:** 1-800-353-3765

**TTY:** 7-1-1, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana

# Índice

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios .....	4
Sección II: Resumen de beneficios .....	8
Sección III: Sección de información adicional.....	23
Sección IV: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid .....	24

## SECCIÓN I – INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

Elderplan, Inc. es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Elderplan, Inc. depende de la renovación del contrato.

### ¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en **Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el programa New York State Medicaid, y residir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens y Westchester.

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 de Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP) 2019. Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

### TIENE OPCIONES PARA OBTENER LOS BENEFICIOS DE MEDICARE

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (como por ejemplo, **Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)**).

### CONSEJOS PARA COMPARAR LAS OPCIONES DE MEDICARE

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los que cubre **Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)** y lo que usted debe pagar.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien, utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIONES DE ESTE FOLLETO**

- Aspectos importantes sobre **Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)**
- Prima mensual, deducible y límites en los montos que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos con receta
- Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Este documento está disponible en español gratuitamente. Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos. Si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma, llame al Departamento de Servicios para los miembros al número que se menciona más arriba.

## **ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE ELDERPLAN FOR MEDICAID BENEFICIARIES (HMO SNP)**

### **HORARIO DE ATENCIÓN**

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.
- Del 1 de abril al 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 FOR MEDICAID BENEFICIARIES (HMO SNP)**

- Si está inscrito en este plan, llámenos sin cargo al 1-(800) 353-3765.
- Si no está inscrito en este plan, llámenos sin cargo al 1-(866) 695-8101.
- Nuestro sitio web: [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

## **¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?**

**Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)** tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no

pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos estos servicios, excepto en situaciones de emergencia.

Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

O bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia de los directorios 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. Es posible que para algunos de estos beneficios deba pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Pero para otros, es posible que deba pagar menos.**
- **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 de medicamentos del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web, [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamarnos y le enviaremos una copia de la lista de medicamentos.

## **¿CÓMO CALCULO EL COSTO DE LOS MEDICAMENTOS?**

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome y de la etapa de beneficios en la que usted se encuentra. El costo compartido puede cambiar cuando ingrese en otra etapa o fase del beneficio de la Parte D. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de beneficios que tienen lugar después de que usted paga el deducible: cobertura inicial, período sin cobertura y cobertura en situaciones catastróficas.

**Sección II: Resumen de beneficios**

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	<p>\$0 o \$39.30 por mes para su prima de la Parte D.*</p> <p>Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen la prima de la Parte B por usted).</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<b>Deducible</b>	<p>Su deducible es de \$0 o \$185.00*</p> <p>Este plan tiene deducibles para servicios para pacientes internados, algunos servicios médicos y los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<b>Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>	<p>Usted no paga más de \$6,700 por año.</p> <p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba.</p> <p>En este plan, es posible que no tenga que pagar por los servicios cubiertos de Medicare, según su nivel de elegibilidad de Medicaid del Estado de New York.</p> <p>Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando las primas mensuales y los costos</p>



Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Nuestro plan tiene límites de cobertura anuales para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que corresponden.</p>
<p><b>Cobertura para pacientes internados</b></p>	<p>El día de admisión, se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados estará limitada a 90 días. †</p> <p>En 2019, los montos para cada período de beneficios son de \$0 o bien*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,364 para cada período de beneficios</li> <li>• Días 1 a 60: copago de \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90: copago de \$341 por día</li> <li>• Día 91 en adelante: copago de \$ 682 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida)</li> </ul> <p>Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos.</p>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p> <p>†</p> <p>†Se requiere autorización, excepto en caso de emergencia.</p>
<p><b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos*</li> <li>• Servicios hospitalarios parciales para pacientes externos<sup>†*</sup></li> <li>• Dispositivos protésicos y suministros médicos<sup>†*</sup></li> </ul> <p>†Se requiere autorización.</p> <p>*Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no deba pagar ningún costo compartido por los servicios de Original Medicare.</p>
<p><b>Visitas al consultorio (Proveedores de atención primaria y especialistas)</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% por cada consulta*</p> <p>Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Atención preventiva</b></p>	<p>Cero costo compartido para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> </ul>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Inmunizaciones, entre otras: vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo</li> <li>• Asesoramiento y prueba de detección para el cáncer de pulmón</li> <li>• Servicios de terapia médica nutricional</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</li> <li>• Prueba de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Examen pélvico</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li>   <li>• Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco)</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li> </ul>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>Otros servicios preventivos pueden estar cubiertos si son aprobados por Medicare.</p>
<p><b>Atención de emergencia</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% (hasta \$90) por cada consulta.*</p> <p>Si lo internan en el hospital en el plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Consulte la sección “Atención para pacientes internados en un hospital” de este folleto para conocer los otros costos.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% (hasta \$65) por cada servicio.*</p> <p>Si lo internan en el hospital en el plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de los servicios de urgencia. Consulte la sección “Atención para pacientes internados en un hospital” de este folleto para conocer los otros costos.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
<p><b>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/diagnóstico por imágenes</b></p> <p>Procedimientos y análisis de diagnóstico                      Servicios de laboratorio                      Diagnósticos radiológicos                      Servicios radiológicos                      Radiografías</p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para*:</p> <p>Procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>Diagnósticos radiológicos                      Servicios radiológicos                      Radiografías</p> <p>Cero costo compartido para servicios de laboratorio</p> <p>Se requiere autorización SOLO para tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), angiografías por resonancia magnética (Magnetic Resonance Angiography, MRA) y tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT).</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Servicios auditivos</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para exámenes auditivos de diagnóstico y pruebas de equilibrio cubiertos por Medicare.*</p> <p>Cero costo compartido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen auditivo de rutina una vez cada 3 años.</li> <li>• Ajuste/Evaluación para audífonos una vez cada 3 años.</li> <li>• Audífono(s) con un límite de \$1,300 de la cobertura del plan para audífonos cada 3 años como máximo. Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.</li> </ul>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b></p>	<p><b>Servicios odontológicos preventivos: Sin cobertura</b></p> <p><b>Servicios odontológicos integrales:</b>                      Coseguro del 0% o 20% para los servicios cubiertos por Medicare*†</p> <p>Medicare pagará solo determinados servicios odontológicos que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare pagará atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento odontológico complicado.</p> <p>La cobertura de servicios odontológicos integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran más abajo, con una asignación de \$375 por trimestre (3 meses).</p> <p>Luego de agotar los \$375 por trimestre (3 meses) o el monto acumulado, el miembro deberá pagar el costo completo. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p> <p><b>Servicios de restauración†</b>                      Algunas coronas: restauración simple con un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente: D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792                      Algunos códigos de restauración mayor solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente: D2952, D2953, D2954</p>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p><b>Servicios de endodoncia†</b> Algunos códigos de tratamiento de conducto solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente: D3330, D3348</p> <p><b>Servicios de periodoncia†</b> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses; D4210 Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses: D4240, D4260, D4261</p> <p><b>Servicios de prostodoncia y otros servicios bucales/maxilofaciales†</b> Algunos púnticos en dentadura postiza parcial fija solo a un copago de \$0/1 cada 60 meses, por diente: D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6250, D6251, D6252 Algunos códigos de coronas para retenedores en dentaduras postizas parciales fijas solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por diente: D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792</p> <p>†Se necesita remisión para los servicios odontológicos integrales. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los miembros.</p> <p>*Según su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no deba pagar ningún costo compartido por los servicios de Original Medicare.</p>
<p><b>Servicios oftalmológicos</b></p>	<p>Copago de \$0 o \$25 para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares*</p>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>Coseguro del 0% o 20% para la prueba de detección de glaucoma*</p> <p>Cero costo compartido para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año.</li> <li>• Un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</li> <li>• Gafas con un límite de \$100 por año calendario. Las gafas proporcionadas luego de una cirugía de cataratas no están sujetas a este límite de \$100.</li> </ul> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Salud mental (paciente ambulatorio):</b></p> <p><b>Servicios de especialidad en salud mental</b></p> <p><b>Servicios de psiquiatría</b></p>	<p>Coseguro de 0% o 45% para cada servicio de especialidad en salud mental cubierto por Medicare en sesión individual o grupal*</p> <p>Coseguro del 0% o 35% para cada sesión individual o grupal del servicio de psiquiatría cubierta por Medicare. *</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Salud mental: Atención de la salud mental para pacientes internados</b></p>	<p>El día de admisión, se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médica necesaria por cada período de beneficios. †</p>



Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>Nuestro plan cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención proporcionada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico. †</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días psiquiátricos adicionales se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente. †</p> <p>En 2019, los montos para cada período de beneficios son de \$0 o bien*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Deducible de \$1,364 para cada período de beneficios.</li> <li>● Día 1 a 60: copago de \$0 por día.</li> <li>● Día 61 a 90: copago de \$341 por día.</li> <li>● Día 91 en adelante: copago de \$ 682 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos.</li> <li>● Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.</li> </ul>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	<p>†Se requiere de autorización, excepto en caso de emergencia.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Centro de atención de enfermería especializada</b></p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) por período de beneficios. Se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>En 2019, los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta por Medicare en un hospital son de \$0 o*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 a 20: \$0 por día</li> <li>• Días 21 a 100: \$170.50 por día</li> <li>• Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</li> </ul> <p>Se requiere de autorización.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Fisioterapia</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% para cada servicio.* Se requiere de autorización.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>
<p><b>Ambulancia</b></p>	<p>Coseguro del 0% o 20% por cada viaje de ida o vuelta.* Se requiere autorización para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.</p>

Primas y beneficios	Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)
	*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.
<b>Transporte</b>	Cero costo compartido para un máximo de 6 viajes de ida o vuelta a un lugar aprobado por el plan cada 3 meses en taxi, autobús/metro o furgón.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p>Coseguro del 0% o 20% para*:                      Medicamentos de quimioterapia                      Otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Se requiere autorización para determinados artículos.</p> <p>*Según su nivel de asistencia de costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.</p>

<b>Medicamentos con receta para pacientes externos</b>	
<b>Deducible</b>	\$0, \$85 o \$415 por año
<b>Cobertura inicial</b>	<p>Después de pagar el deducible anual, usted paga el coseguro de \$0 o 25% para todos los medicamentos cubiertos por este plan hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$3, 820.</p> <p>Si usted es elegible para el subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), puede ser elegible para el costo compartido reducido.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red para suministros de 1 mes</p>

	<p>(30 días), 2 meses (60 días), 3 meses (90 días) y en farmacias de pedidos por correo para suministros de 3 meses (90 días).</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista para un suministro de 31 días.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red para un suministro de 1 mes (30 días) al mismo costo que en una farmacia de la red.</p>
<p><b>Período sin cobertura</b></p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una interrupción en la cobertura (también se denomina el “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en el monto que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que los costos totales anuales de los medicamentos (incluido lo que el plan y usted han pagado) lleguen a \$3,820.</p> <p>Después de ingresar al período sin cobertura, durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa de despacho) y el 37% del precio de los medicamentos genéricos hasta que los costos de su bolsillo alcancen los \$5,100 total, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas ingresarán en el período sin cobertura.</p>
<p><b>Cobertura en situaciones catastróficas</b></p>	<p>Usted reúne los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,100 para el año calendario. Una vez que ingresa en la Etapa de cobertura en</p>

	<p>situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta que finalice el año calendario. Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados, sus costos por medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. Durante esta etapa, la parte que le corresponde del costo de un medicamento cubierto será uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0; o</li> <li>• Un coseguro o un copago, el que sea el monto más alto: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ el coseguro del 5% del costo del medicamento;</li> <li>○ o \$3.40 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$8.50 para todos los demás medicamentos.</li> </ul> </li> </ul> <p>Nuestro plan paga el resto del costo. Consulte el inserto aparte (“Cláusula LIS”) para obtener información sobre los costos durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p>
--	---

## Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados.) A fin de cumplir los requisitos para nuestro plan, debe cumplir los siguientes requisitos: debe ser elegible para Medicare y Medicaid *o* debe ser elegible para Medicare y todos los beneficios de Medicaid *o* debe ser elegible para la ayuda del costo- compartido de Medicare a través de Medicaid.

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando:*

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).

- Viva en nuestra área de servicio geográfica (La Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano estadounidense o se encuentre presente en los Estados Unidos de forma legal.
- No padezca enfermedad renal terminal (End Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo si la enfermedad renal terminal se manifestó cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

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

**Beneficios complementarios cubiertos por Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP)**

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Nombre del plan</b>
<b>Acupuntura</b>	Cero costo compartido por consulta. Se limitan a 20 consultas por año.
<b>Programa educativo sobre salud y bienestar: Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio)</b>	El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a los centros de ejercicios participantes y a YMCA. La membresía del centro de ejercicios incluye servicios estándares del centro tales como el acceso a los equipos cardiovasculares, pesas libres, equipos de entrenamiento de resistencia y clases de ejercicios grupales.
<b>Productos de OTC</b>	Usted puede comprar hasta \$88 por mes de algunos productos de venta libre (OTC) con una tarjeta de débito provista por Elderplan. La cifra en dólares correspondiente a los artículos OTC no se puede transferir al siguiente mes.
<b>Cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia</b>	Cero costo compartido para cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia. El monto máximo del beneficio de cobertura internacional para emergencias/urgencias es de \$50,000.

**Sección III: Sección de información adicional****Información adicional sobre los beneficios de medicamentos con receta**

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta, de manera que la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto del deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que recibe; usted:

- no paga un deducible;

- o bien, paga un deducible de \$85.

Consulte el inserto aparte (“Cláusula LIS”) para obtener información sobre el monto de su deducible.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de los medicamentos hasta que llegue al monto del deducible del plan, que es de \$415 para 2019.

- El “costo total” suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El “deducible” es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado \$415 por sus medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

### **Período sin cobertura**

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa del período sin cobertura se aplica a su caso. Esto significa que hay un cambio temporal en el monto que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que los costos totales anuales de los medicamentos (incluido lo que el plan y usted han pagado) lleguen a \$3,820. Después de que ingrese en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca cubiertos del plan y el 37% del costo de los medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que sus costos lleguen a un total de \$5,100, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas ingresarán en el período sin cobertura.

### **Sección IV: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid**

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como miembros con doble elegibilidad. Como miembro con doble elegibilidad, usted es elegible para obtener los beneficios en virtud del programa Medicare federal y del programa Medicaid del Estado de New York. En la Sección II, se detallan los beneficios de Original Medicare y los beneficios complementarios que recibe como miembro de este plan.



El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por su estado y puede variar según su ingreso y sus recursos. Con la ayuda de Medicaid, algunos miembros de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. A continuación, se detallan las categorías de beneficio de Medicaid y los tipos de asistencia que brinda nuestro plan:

- **Doble elegibilidad total de beneficios (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** pago de sus primas de la Parte B de Medicare, en algunos casos de las primas de la Parte A de Medicare y todos los beneficios de Medicaid.
- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

### **Declaración integral por escrito para las personas que tienen Medicare y Medicaid**

Para reunir los requisitos para inscribirse en el plan Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO SNP), debe participar en el programa New York State Medicaid. Medicare cubre los beneficios que se describen en la sección “Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos” del Resumen de beneficios. Para cada beneficio que se detalla a continuación, puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el Medicaid del Estado de New York. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios a los cuales tiene derecho en virtud del programa Medicaid, póngase en contacto con el personal de la Administración de Recursos Humanos (Human Resources Administration, HRA) de la ciudad de New York llamando al 1-888-692-6116. Si usted vive fuera de la ciudad de New York, llame a su distrito local. La información de contacto para otros distritos se encuentra en el Capítulo 2 de su Evidencia de cobertura.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Atención para pacientes internados en un hospital, incluidos servicios por abuso de sustancias y servicios de rehabilitación</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto).
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare. Medicaid cubre los días adicionales después del límite de 100 días de Medicare.
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Servicios de podiatría</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare (únicamente QMB y QMB-Plus).
<b>Servicios de quiropráctica</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare (únicamente QMB y QMB-Plus).
<b>Atención por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Atención de salud mental para pacientes externos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Cirugía/servicios para pacientes externos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Servicios de ambulancia</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Atención de emergencia</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Atención de urgencia</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Las consultas de terapia ocupacional y terapia del habla se limitan a veinte (20) consultas y las de fisioterapia se limitan a cuarenta (40) consultas por terapia por año, excepto para los menores de 21 años, o si la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo determinó que usted tiene una discapacidad del desarrollo, o si tiene una lesión cerebral traumática.</p>
<b>Dispositivos protésicos</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Calzado ortopédico, protésico y ortésico cubierto por Medicaid. La cobertura para calzado con receta se limita al tratamiento de personas con diabetes, o cuando el calzado forma parte de un dispositivo ortopédico (ortésico), o bien para los menores de 21 años con complicaciones en los pies.</p>
<b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, tratamiento nutricional y suministros</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>
<b>Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>
<b>Medición de la masa ósea</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p>

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Inmunizaciones</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Mamografías</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Pruebas de detección de cáncer de próstata</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Enfermedad renal terminal</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Beneficios de farmacia</b>	Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare).
<b>Servicios dentales</b>	Los servicios odontológicos incluyen, entre otros, atención odontológica profiláctica, preventiva y de otro tipo, servicios, suministros, exámenes de rutina, profilaxis, cirugía oral (cuando no la cubre Medicare), y dispositivos dentales protésicos y ortésicos necesarios para aliviar una afección médica grave, incluida una que afecte la capacidad para trabajar.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Transporte que no sea de emergencia</b>	<p>Los gastos de transporte están cubiertos cuando el transporte es fundamental para que un miembro pueda obtener la atención y los servicios médicos necesarios que cubre el programa Medicaid.</p> <p>Los servicios de transporte incluyen el traslado en ambulancia, ambulette, ambulancia aérea con aeronaves de ala fija o avión, camioneta para discapacitados, taxi, servicio de alquiler de vehículos, transporte público y otros medios apropiados para la afección médica del miembro y un asistente de transporte para acompañarlo, de ser necesario. Estos servicios pueden incluir el transporte del asistente de transporte, comidas, alojamiento y salario; sin embargo, no se le pagará salario a un asistente de transporte que sea miembro de la familia del miembro.</p> <p><i>Para los miembros con discapacidades, el método de transporte se debe adaptar razonablemente a sus necesidades, teniendo en cuenta la gravedad y la naturaleza de la discapacidad.</i></p>

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios de salud mental para pacientes internados (si supera el límite de 190 días de por vida)</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidos ingresos voluntarios o involuntarios para recibir servicios de salud mental que superen el límite de 190 días de por vida de Medicare. El proveedor puede brindar beneficios cubiertos para servicios de psiquiatría médicamente necesarios para pacientes internados a través de hospitales certificados en conformidad con el artículo 28 de la Ley de Salud Pública del estado de Nueva York (PHL).</p>
<b>Servicios de atención médica a domicilio que no cubre Medicare</b>	<p>Los servicios de salud a domicilio cubiertos por Medicaid incluyen la prestación de servicios especializados que no cubre Medicare (por ejemplo, fisioterapeutas para supervisar el programa de mantenimiento para pacientes que hayan alcanzado su potencial máximo de restauración o enfermeros para recargar las jeringas para las personas discapacitadas con diabetes) o servicios de auxiliar de atención médica de la salud en el hogar requeridos por un plan de atención aprobado.</p>

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Equipo médico duradero que no cubre Medicare</b>	Equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos dispositivos y equipos que no sean suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas enterales y dispositivos protésicos u ortésicos que tengan las siguientes características: pueden resistir el uso reiterado durante un período de tiempo prolongado; se utilizan principal y habitualmente con propósitos médicos; en general, no son útiles para una persona que no está enferma ni lesionada; y están fabricados, diseñados o creados para el uso de una persona en particular.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios de atención de enfermería privada</b>	<p>Servicios de enfermería privada brindados por una persona con licencia y registro vigente del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para ejercer como enfermera profesional certificada o una enfermera práctica con licencia. Los servicios de enfermería privada pueden brindarse a través de una agencia de atención médica en el hogar certificada, una agencia de atención en el hogar con licencia o un médico privado. El lugar para los servicios de enfermería puede ser el hogar del miembro.</p> <p>Los servicios de enfermería privada están cubiertos cuando el médico asignado determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de medio tiempo o continuos y se brindan de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.</p>



<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios auditivos que no cubre Medicare</b>	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.</p> <p>Servicios y productos auditivos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; las verificaciones de los audífonos después de la entrega, las evaluaciones de ajuste y las reparaciones de los audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto.</p>

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios oftalmológicos que no cubre Medicare</b>	Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa. La cobertura también incluye reparaciones y repuestos. También se cubren los exámenes de diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes para la refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. No es necesario cambiar los anteojos con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o en caso de pérdida, daño o destrucción de los anteojos.
<b>Servicios de hospicio</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.
<b>Exámenes físicos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coseguros de Medicare.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios de atención personal</b>	En los servicios de atención personal (Personal Care Services, PCS) se brinda ayuda parcial o total para realizar actividades como higiene personal, vestirse y alimentarse; y para tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental (preparación de comidas y tareas domésticas). Dichos servicios deben ser esenciales para el mantenimiento de la salud del miembro y de la seguridad en su hogar. Los servicios de atención personal deben ser médicamente necesarios, ordenados por el médico del miembro y ofrecidos por una persona calificada como se define en la Parte 700.2(b)(14) 10 de los Códigos, Reglas y Regulaciones de New York (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR), de acuerdo con un plan de atención.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Determinados servicios de salud mental</b>	<p>La cobertura de Medicaid de ciertos servicios de salud mental incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de tratamiento de rehabilitación de salud mental intensiva</li> <li>• Tratamiento diurno</li> <li>• Tratamiento diurno continuo</li> <li>• Administración de casos para enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental del estado o locales)</li> <li>• Hospitalizaciones parciales</li> <li>• Tratamiento asertivo comunitario (Assertive Community Treatment, ACT)</li> <li>• Servicios personalizados orientados a la recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS)</li> </ul>
<b>Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (Methadone Maintenance Treatment Programs, MMTP)</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (Community Residences, CR) con licencia de la Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH) y programas de tratamiento basados en la familia</b>	Cobertura de Medicaid provista

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios de la Oficina de retraso mental y discapacidades del desarrollo (OMRDD).</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Administración completa de casos de Medicaid</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Tratamiento directamente supervisado para tuberculosis (TB)</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Atención médica diurna para adultos con SIDA</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Administración de casos del programa COBRA para pacientes con VIH</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Programa de vivienda asistida</b>	Cobertura de Medicaid provista
<b>Servicios médicos y sociales</b>	Los servicios médicos sociales incluyen la evaluación de la necesidad de ayuda, su coordinación y la prestación de asistencia para problemas sociales relacionados con el cuidado de un paciente en el hogar cuando dichos servicios los presta un trabajador social calificado y se brindan dentro de un plan de cuidado. Estos servicios deben ser provistos por un trabajador social calificado como se define en la Sección 700.2(b)(24) 10 de NYCRR.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Atención médica diurna para adultos</b>	Atención médica diurna para adultos se refiere a la atención y los servicios prestados en un centro de atención de salud residencial o lugar de extensión aprobado bajo la dirección médica de un médico para una persona que está funcionalmente incapacitada, no puede salir de su casa o que requiere determinados productos o servicios preventivos, paliativos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación. La atención médica diurna para adultos incluye lo siguiente: servicios médicos, sociales, de enfermería, alimentación y nutrición, terapia de rehabilitación, actividades recreativas (que son un programa planificado de diversas actividades significativas), servicios dentales, farmacéuticos y otros servicios auxiliares.
<b>Servicios Comunitarios de Primera Opción (Community First Choice Option, CFCO)</b>	Servicios y apoyos basados en el hogar y la comunidad disponibles para personas calificadas de conformidad con la sección 365-a(2)(bb) de la Ley de Servicios Sociales de Nueva York y la sección 1396n(k) del título 42 del Código de los Estados Unidos.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Servicios personales de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response Services, PERS)</b>	Los Servicios personales de respuesta ante emergencias (Personal Emergency Response Services, PERS) son un dispositivo electrónico que permite que determinados pacientes de alto riesgo obtengan ayuda en caso de emergencia física, emocional o ambiental. Actualmente, existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que emplean diferentes dispositivos de señalización. Por lo general, dichos sistemas están conectados al teléfono del paciente y emiten una señal al centro de respuesta cuando se activa un botón de “ayuda”. En caso de emergencia, el centro de respuesta recibe la señal y procede adecuadamente.

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Nutrición</b>	<p>Los servicios de nutrición incluyen la evaluación de las necesidades nutricionales y los patrones alimentarios, o la planificación de la administración adecuada de alimentos y bebidas acorde a las necesidades médicas y físicas de la persona, y las condiciones ambientales, o la prestación de educación y asesoramiento nutricionales para satisfacer la necesidades normales y terapéuticas de la persona. Además, estos servicios pueden incluir la evaluación del estado nutricional y las preferencias alimentarias, la planificación de la provisión de la ingesta dietaria adecuada dentro del ámbito del hogar y las consideraciones culturales, educación nutricional con respecto a las dietas terapéuticas como parte del marco del tratamiento, desarrollo de un plan de tratamiento nutricional, evaluación y revisión regulares de los planes nutricionales, educación en el trabajo para el personal de las agencias de salud, así como consultas sobre problemas dietarios específicos de los pacientes y capacitación nutricional para pacientes y familias. Estos servicios deben ser provistos por un nutricionista calificado como se define en la Parte 700.2(b)(5), 10 de NYCRR.</p>



<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<p><b>Suministros médicos y quirúrgicos, fórmulas enterales y parenterales y baterías para audífonos</b></p>	<p>Por lo general, estos artículos son considerados artículos consumibles que se utilizan una sola vez, pagados habitualmente según la categoría de equipo médico duradero del Programa pago por servicio de Medicaid.</p> <p>La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita solo a la cobertura de sondas nasogástricas, de yeyunostomía o gastrostomía. La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener la nutrición por otros medios y a las siguientes tres afecciones: 1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar ni tragar alimentos y deben recibir nutrición mediante una fórmula a través de una sonda; 2) personas con trastornos metabólicos congénitos raros que requieren fórmulas médicas específicas para brindar los nutrientes esenciales no disponibles por otros medios; y 3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes del crecimiento y el desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de los aminoácidos y ácidos orgánicos incluirá productos alimenticios sólidos modificados con bajo contenido de proteínas o que contienen proteínas modificadas.</p>

<b>Categoría de beneficio de Medicaid</b>	<b>Pago por servicio de Medicaid</b>
<b>Beneficio para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare aprobado por los CMS</b>	El miembro es responsable de los copagos.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, use la información a continuación para comunicarse con su correspondiente Oficina de Servicios Sociales del Departamento de Salud del Estado de New York.

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Salud del estado de New York</b>
<b>LLAME AL</b>	<p>1-888-692-6116</p> <p>Ciudad de New York: 718-557-1399</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes</p> <p>Condado de Nassau: 516-227-8000</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes</p> <p>Condado de Westchester: 914-995-3333</p> <p>Disponible de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes</p>
<b>TTY</b>	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<p>New York City Human Resources Administration  Medical Assistance Program Correspondence Unit  785 Atlantic Avenue  1st Floor  Brooklyn, NY 11238</p> <p>Nassau County Department of Social Services  60 Charles Lindbergh Boulevard  Uniondale, NY 11553</p> <p>Westchester County Department of Social Services  White Plains District Office  85 Court Street  White Plains, NY 10601</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a></p>

## **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 por ejemplo:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
  - Información por escrito en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.).
  
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

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

Coordinador de derechos civiles  
6323 7<sup>th</sup> Ave  
Brooklyn, NY, 11220  
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711  
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona 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>.

## Language Taglines

**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).

(Yiddish) 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 নিঃখরচায় 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).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں  
(Urdu)  
.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).