

Resumen de beneficios de Elderplan para Elderplan Extra Help (HMO)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2019

Condados de Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester, NY

H3347_EPS16408_M

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2019

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	7

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 Extra Help (HMO)**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, 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, llámenos y solicite la “Evidencia de cobertura”.

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 Extra Help (HMO)**).

CONSEJOS PARA COMPARAR LAS OPCIONES DE MEDICARE

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre **Elderplan Extra Help (HMO)** 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 Extra Help (HMO)**
- 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**

Este documento está disponible en español gratuitamente. Para obtener más información, comuníquese con nuestro número 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 EXTRA HELP (HMO)

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 EXTRA HELP (HMO)

- 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

¿QUÉ MÉDICOS, HOSPITALES Y FARMACIAS PUEDO USAR?

Elderplan Extra Help (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no están en 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 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. 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. 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

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
Prima mensual del plan	\$39.30 por mes para la prima de la Parte D. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	<p>Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>El monto del deducible es \$185 por año para servicios dentro de la red.</p>
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<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>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.</p> <p>Recuerde que debe seguir pagando las primas mensuales y los costos 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</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<p>en contacto con nosotros para conocer los servicios que corresponden.</p>
<p>Cobertura para pacientes internados</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 los siguientes:</p> <p>Deducible de \$1,364 para cada período de beneficios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 60: copago de \$0 por día. • Días 61 a 90: copago de \$341 por día. • Día 91 en adelante: coseguro 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). • Más allá de los días de reserva de por vida, usted paga todos los costos. <p>Se requiere autorización, excepto en caso de emergencia.</p>
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</p>	<p>Coseguro del 20% para cada consulta</p>
<p>Visitas al consultorio (Proveedores de atención primaria y especialistas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas con médicos de atención primaria: Cero costo compartido para cada visita. • Visita de especialista: copago de \$40.

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Otras visitas profesionales de atención médica: coseguro de 20%. <ul style="list-style-type: none"> ○ Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un profesional de enfermería o un auxiliar médico directamente.
Atención preventiva	<p>Cero costo compartido para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Consulta anual de bienestar ● Medición de la masa ósea ● Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) ● Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) ● Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares ● Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina ● Prueba de detección de cáncer colorrectal ● Prueba de detección de depresión ● Examen de detección de diabetes ● Prueba de detección del VIH ● Inmunizaciones, entre otras: vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo ● Asesoramiento y prueba de detección para el cáncer de pulmón ● Servicios de terapia médica nutricional

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) ● Prueba de detección de obesidad y asesoramiento ● Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA) ● Examen pélvico ● Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento ● Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) ● Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) <p>Otros servicios preventivos pueden estar cubiertos si son aprobados por Medicare.</p>
Atención de emergencia	<p>Copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.</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>
Servicios de urgencia	<p>Copago de \$35 para 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 los</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	servicios de urgencia. Consulte la sección “Atención para pacientes internados en un hospital” de este folleto para conocer los otros costos.
<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/diagnóstico por imágenes</p> <p>Procedimientos y análisis de diagnóstico</p> <p>Servicios de laboratorio</p> <p>Diagnósticos radiológicos</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos</p> <p>Radiografías</p>	<p>Coseguro del 20% para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Procedimientos y análisis de diagnóstico cubiertos por Medicare Diagnósticos radiológicos Servicios radiológicos terapéuticos Radiografías <p>Cero costo compartido para servicios de sangre o 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>Servicios auditivos</p>	<p>Coseguro del 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"> • Examen auditivo de rutina una vez cada 3 años • Ajuste/Evaluación para audífonos una vez cada 3 años • Audífono para un oído hasta \$500 totales, cada 3 años

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.
Servicios odontológicos	<p><u>Servicios odontológicos preventivos</u> Sin coseguro, copago ni deducible para lo siguiente:</p> <p>Exámenes 1 cada 6 meses de los códigos seleccionados: D0120, D0140, D0150, D0160, D0170, D0180</p> <p>Limpiezas 1 cada 6 meses de los códigos seleccionados: D1110, D1120, D1208</p> <p>Radiografías dentales 1 cada 12 meses de los códigos seleccionados: D0220, D0230, D0240, D0250, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330, D0340, D0350 Excepto la serie completa que es 1 cada 36 meses desde el código seleccionado D0210</p> <p><u>Servicios odontológicos integrales</u> Coseguro de 20% para servicios cubiertos por Medicare. Medicare pagará solo determinados servicios odontológicos integrales que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare también pagará estadías en el hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento odontológico complicado. La cobertura del servicio dental integral complementario está limitada a los siguientes servicios:</p> <p><u>Servicios de restauración</u> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 24 meses por diente: D2140, D2150, D2160,</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<p>D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 6 meses: D2910, D2920, D2921</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses por diente: D2930, D2931, D2951</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$50, 1 cada 60 meses por diente: D2952, D2953, D2954</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$250, 1 cada 60 meses por diente: D2510, D2520, D2530, D2542, D2620, D2630, D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792</p> <p><u>Servicios de endodoncia</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente: D3220, D3230, D3240, D3310, D3320, D3346, D3347</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$40, 1 de por vida, por diente: D3330, D3348, D3410, D3421, D3425, D3426, D3427, D3430</p> <p><u>Servicios de periodoncia</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses, por cuadrante: D4341, D4342</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses: D4355, D4910</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<p>Algunos códigos solo a un copago de \$40, 1 cada 36 meses, por cuadrante: D4210</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$300, 1 cada 60 meses, por cuadrante: D4260</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$150, 1 cada 60 meses, por cuadrante: D4261</p> <p><u>Servicios maxilofaciales</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0: D5410, D5411, D5421, D5422</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses: D5510, D5520, D5610, D5620, D5630, D5640, D5650, D5660, D5710, D5711, D5720, D5721, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$300, 1 cada 60 meses: D5863, D5864, D5865, D5866 D5110, D5120, D5130, D5140, D5211, D5212, D5213, D5214, D5281</p> <p><u>Servicios de prostodoncia</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0: D6930</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$300, 1 cada 60 meses, por diente: D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6250, D6251, D6252, D6545,</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<p>D6610, D6710, D6720, D6721, D6722, D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792</p> <p><u>Servicios de cirugía bucal y maxilofacial</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por diente: D7140, D7210, D7220</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por cuadrante: D7310</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por cuadrante: D7320</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por cuadrante: D7310</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por cuadrante: D7320</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$100, 1 de por vida, por diente: D7230, D7240, D7241, D7250, D7260, D7280, D7282</p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$100: D7340, D7410, D7411, D7440, D7441, D7450, D7451, D7460, D7461, D7471, D7473, D7510, D7520, D7960, D7970, D7971</p> <p><u>Servicios generales complementarios</u></p> <p>Algunos códigos solo a un copago de \$0: D9110, D9210, D9211, D9212, D9215, D9310, D9430, D9951, D9952</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<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>
Servicios oftalmológicos	<p>Cero costo compartido para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina, uno por año • Un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas • Prueba de detección de glaucoma <p>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.</p> <p>Copago de \$25 para exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares cubiertos por Medicare.</p>
<p>Salud mental (paciente externo) Servicios de especialidad en salud mental</p> <p>Servicios de psiquiatría</p>	<p>Copago de \$20 por cada servicio individual de especialidad en salud mental cubierto por Medicare</p> <p>\$5 de copago por cada sesión grupal de especialidades de salud mental para pacientes externos</p> <p>\$25 de copago por cada servicio psiquiátrico cubierto por Medicare para cada sesión individual.</p> <p>\$5 de copago por cada sesión de grupo psiquiátrico</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
<p>Servicios de salud mental: Atención de la salud mental para pacientes internados</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> <p>Además, 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. Es posible que el pago no se realice durante más de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente; una vez que hayan agotado estos 60 días adicionales, su cobertura para pacientes internados estará limitada a 90 días.</p> <p>En 2019, los montos para cada período de beneficios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> •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.

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos. • 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. <p>Se requiere autorización, excepto en caso de emergencia.</p>
<p>Centro de atención de enfermería especializada</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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 20: \$0 por día • Días 21 a 100: \$170.50 por día • Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. <p>Se requiere de autorización.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Coseguro del 20% para cada servicio. Se requiere de autorización.</p>

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
Ambulancia	Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta. Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para: Medicamentos de quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B Se requiere autorización para determinados artículos.

Medicamentos con receta para pacientes externos

Deducible	\$415 por año para medicamentos con receta de la Parte D.
Cobertura inicial	<p>Después de pagar el deducible anual, usted paga el 25% del coseguro de todos los medicamentos cubiertos por este plan hasta que los costos totales anuales de los medicamentos lleguen a \$3,820.</p> <p>Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas de la red para suministros de 1 mes (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>
Período sin cobertura	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.

Medicamentos con receta para pacientes externos

	<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 un total de \$5,100, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas ingresarán en el período sin cobertura.</p>
Cobertura en situaciones catastróficas	<p>Cuando alcance el monto de \$5,100 en costos anuales que paga de su bolsillo por medicamentos (incluidos los medicamentos que compre en una farmacia minorista o de pedido por correo), usted paga la cifra que sea superior entre estas dos:</p> <ul style="list-style-type: none">• el 5% del costo; o• un copago de \$3.40 para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y• un copago de \$8.50 para todos los demás medicamentos.

Beneficios complementarios cubiertos por Elderplan Extra Help (HMO)

Primas y beneficios	Elderplan Extra Help (HMO)
Examen físico anual	Cero costo compartido para un examen físico anual.
Productos de OTC	Usted puede comprar hasta \$55 por trimestre (3 meses) de algunos productos de OTC con una tarjeta de débito provista por Elderplan. Los dólares para beneficios de OTC no pueden transferirse al siguiente trimestre.
Programas educativos sobre salud y bienestar Acceso a acondicionamiento físico (gimnasio)	El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a los centros de acondicionamiento físico participantes y a YMCA. La membresía del centro de acondicionamiento físico incluye servicios estándares del centro como el acceso a los equipos cardiovasculares, pesas libres, equipos de entrenamiento de resistencia y clases de ejercicios grupales.
Servicios de limpieza	Cero costo compartido para cada servicio de limpieza de 2 horas, una vez por semana durante 4 semanas luego de una hospitalización por ciertos procedimientos cardíacos y ortopédicos. Se requiere autorización.
Cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia	Copago de \$65 para la cobertura internacional de emergencia/urgencia (si lo internan en el hospital, usted no deberá pagar un copago). El monto máximo de cobertura del beneficio es \$50,000.

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 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>.

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)

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

(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).