

Elderplan

Prima mensual del plan para las personas que reciben ayuda adicional de Medicare destinada a afrontar los costos de sus medicamentos con receta

Si usted recibe ayuda adicional de Medicare destinada a afrontar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, la prima mensual de su plan será menor de lo que sería si no la recibiera. El monto de ayuda adicional que recibe determinará la prima mensual total de su plan como miembro de este.

Esta tabla le muestra cuál será la prima mensual de su plan si recibe ayuda adicional.

Su porcentaje de ayuda adicional	Prima mensual de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)	Prima mensual de Elderplan for Nursing Home Residents (HMO I-SNP)	Prima mensual de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)	Prima mensual de Elderplan Extra Help (HMO)	Prima mensual de Elderplan Assist (HMO IE-SNP)
100 %	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
75 %	\$7.90	\$9.20	\$8.80	\$6.00	\$9.20
50 %	\$15.90	\$18.30	\$17.50	\$11.90	\$18.30
25 %	\$23.80	\$27.50	\$26.30	\$17.90	\$27.50
0%	\$31.70	\$36.60	\$35.00	\$23.80	\$36.60

*Esto no incluye las primas de la Parte B de Medicare que tal vez le corresponda pagar.

La prima de Elderplan incluye cobertura para servicios médicos y cobertura para medicamentos con receta.

Si usted no está recibiendo ayuda adicional, puede consultar si reúne los requisitos llamando:

- al 1-800-Medicare (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), disponible durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
- a la Oficina de Medicaid de su estado; o
- a la Administración del Seguro Social, al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Los miembros de Elderplan Plus Long Term Care (HMO) pueden llamar a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 (los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

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

Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.

Para los miembros que tengan Medicare y Medicaid, Medicaid pagará la prima de la Parte B.

Elderplan, Inc.

Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal

Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

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

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

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 brindarle ayuda.

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).

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

(Chinese) **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)。

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

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

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

(Italian) **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) **אויפֿמערקזאָם:** אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-353-3765 (TTY: 711)

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

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

(Arabic) 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)

(French) 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 (Urdu) دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Tagalog) 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).

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

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