

2024



*Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™*



# Resumen de Beneficios

Elderplan for Medicaid Beneficiaries  
(HMO-POS D-SNP)

*del 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024*

# Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

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 711

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries**  
**(HMO-POS D-SNP) 2024**



# Resumen de beneficios

para **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)**

**Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024**

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

## Acerca de Elderplan

Elderplan es miembro de MJHS Health System, una organización de atención médica sin fines de lucro fundada en 1907 por Las Cuatro Damas de Brooklyn, sobre la base de los valores centrales de compasión, dignidad y respeto. MJHS cuenta con una gran trayectoria en el cuidado de neoyorquinos en riesgo de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado militar.

Una de las tantas ventajas de ser miembro de Elderplan/HomeFirst es que formamos parte de la familia de MJHS Health System, que incluye lo siguiente: atención domiciliaria de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los centros MJHS Isabella y MJHS Menorah para rehabilitación y atención de enfermería. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas de todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.

Elderplan considera que mantenerse saludable no siempre es tan fácil como consultar al médico o tomar los medicamentos según las indicaciones. Lamentablemente, las brechas en el acceso a la atención médica de calidad por cuestiones de raza, origen étnico, género y estabilidad económica siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, Elderplan marca el camino hacia una buena atención comprometiéndose con la igualdad en la salud, la eliminación de estas brechas en la atención y la garantía de que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.



## Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

# Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que también tienen Medicaid, que ofrece cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos con receta, todo en un sencillo plan. Además, beneficios adicionales como la posibilidad de atenderse con cualquier dentista o especialista sin costo adicional, una nueva tarjeta de gastos ampliada de productos de venta libre (OTC) y Flex, y un administrador de atención que lo apoyará y guiará, ayudándolo a coordinar sus beneficios, responder sus preguntas y más.

Los miembros de este plan también podrán participar en nuestro programa Wellness Incentive (que lo recompensa por someterse a evaluaciones y recibir vacunas elegibles), recibir una membresía para el gimnasio para mantenerse saludable y tener acceso a nuestro premiado programa Member-to-Member. Elderplan. Marcamos el camino hacia una buena atención.

# Contenido

<b>Sección I:</b> Introducción al Resumen de beneficios.....	7
• Información de contacto de Elderplan	
• ¿Quién puede inscribirse?	
• Información útil sobre Medicare	
• Información sobre Elderplan for Medicaid Beneficiaries	
<b>Sección II:</b> Resumen de beneficios .....	17
• Prima mensual, deducible y gastos máximos que paga de su bolsillo	
• Beneficios que cubre Medicare	
• Servicio dental preventivo e integral complementario	
• Beneficios para medicamentos con receta	
• Otros beneficios cubiertos	
<b>Sección III:</b> Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan.....	62
• Beneficios de Medicaid	

## Beneficios en un pantallazo

 ¡NUEVO! Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista que desee sin costo adicional.	<b>\$0</b>
 Prima mensual*	
 Consultas con médicos (atención primaria)*	
 Atención de un especialista*	
 Acupuntura expandida	
 Juegos mentales con BrainHQ®	
 Servicios dentales preventivos complementarios y servicios dentales integrales y complementarios	
 Examen auditivo de rutina	
 Podiatría de rutina	
 Examen de la vista de rutina	
 Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
 Transporte	
 Acceso a la atención con Teladoc®, las 24 horas al día, los 7 días de la semana	
 Tarjeta Flex	

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024



Beneficios para Productos de venta libre (OTC)

**\$210** por mes



OTC tradicionales que además ahora incluyen los pagos de la renta o hipoteca, servicios públicos, Internet, ciertos artículos comestibles, comidas a domicilio. \*\*

\*Si no tiene recibe asistencia para los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid:

- Usted paga \$33.90 por mes por la prima del plan.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención primaria.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención especializada.

~ Los servicios dentales preventivos complementarios se limitan a determinados códigos de servicio. Los servicios dentales integrales complementarios se limitan a códigos de servicio seleccionados con una asignación de \$1500 anuales en una combinación dentro y fuera de la red; los servicios dentales preventivos complementarios no se aplican al máximo anual combinado dentro y fuera de la red.

\*\*Para los miembros que reúnen los requisitos (con determinadas enfermedades crónicas), los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos se combina con el beneficio para los OTC a fin de incluir los pagos de la renta o hipoteca, servicios públicos, Internet, determinados artículos comestibles y comidas a domicilio como parte de la asignación de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

‡El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una asignación de \$500 para usar en 2024 en gastos de bolsillo para servicios dentales, de vista, audición o de acondicionamiento físico.

## **Sección I: Introducción al Resumen de beneficios**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

## Información de contacto de Elderplan

### Horario de atención de Elderplan for Medicaid Beneficiaries

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.
- Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.

### Números de teléfono y sitio web de Elderplan for Medicaid Beneficiaries

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

Este documento está disponible gratuitamente en español y en chino. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

## ¿Quién puede inscribirse?

**Para inscribirse en Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-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.

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como miembros con doble elegibilidad. Debe reunir los requisitos para la cobertura de Medicaid y cumplir con los requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries. El tipo de beneficios de Medicaid que

recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos. Con la ayuda de Medicaid, algunos miembros de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Como miembro de Elderplan for Medicaid Beneficiaries que califica para la cobertura de Medicaid, es posible que haya beneficios adicionales de Medicaid disponibles para usted.

## Información útil sobre Medicare

### Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

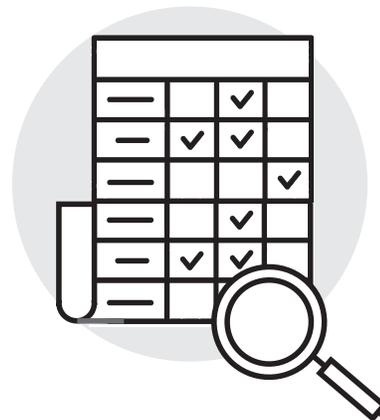
- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal. Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)).

### Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan For Medicaid Beneficiaries

(HMO-POS D-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan for Medicaid Beneficiaries y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. La sección sobre Medicaid también incluye información sobre los servicios que puede recibir de Medicaid. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare y usted**”. Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov/es/publications/10050-S-Medicare-and-You.pdf> o solicitar una copia impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de Planes de Medicare que está disponible en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).



# Información sobre Elderplan for Medicaid Beneficiaries

## 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 los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid o elegible para Medicare y la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid. Además, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens y Westchester.

- Debe ser ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos.
- Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y 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 beneficios de Medicaid y los tipos de asistencia que brinda nuestro plan:

- **Doble elegibilidad con beneficios totales (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB & 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+]).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de tres (3) meses, 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).

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

los servicios y beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que se figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios para ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare.

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 del Directorio de proveedores y farmacias.

### **¿Qué cubrimos?**

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

nuestro sitio web,  
[www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

### **¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?**

La mayoría de nuestros miembros de Elderplan for Medicaid Beneficiaries reciben “Extra Help” (Ayuda adicional) con los costos de los medicamentos con receta. Si recibe “Ayuda adicional”, los montos del deducible y el costo compartido dependerán del nivel de ayuda adicional que recibe. Como miembro de nuestro plan, usted recibirá un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de

cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre los montos del deducible y el costo compartido.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

Si usted **no** recibe “Ayuda adicional”, es responsable de pagar los costos de sus medicamentos de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame al:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas, los 7 días de la semana.
- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**

de 8 a.m. a 7 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes); o

- A la línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al **1-888-692-6116** entre las 9 a.m. y las 5 p.m. de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



## Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP). Si cumple con los requisitos de elegibilidad para estar en este plan, Medicaid puede ayudarle a pagar cualquier gasto de atención médica que pudiera tener.

### Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

<b>Prima mensual (Prima de la Parte D)</b>	\$0 o \$33.90	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero). Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su prima del plan.
--	---------------	---

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

<b>Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)</b>		
<b>Deducible de la Parte B</b>	\$0 o \$240	Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B. Este plan tiene deducibles para servicios para pacientes internados en un hospital y para atención psiquiátrica para pacientes internados.
<b>Gasto máximo de bolsillo combinado</b>	\$8,850 de gasto dentro y fuera de la red combinados	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los gastos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba.

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

**Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)**

**Gasto máximo de bolsillo combinado**  
*(continuación)*

\$8,850 de gasto dentro y fuera de la red combinados

Si alcanza el límite de gastos que paga de su bolsillo dentro y fuera de la red combinados, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que deberá seguir pagando la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.

Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún gasto que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo combinado que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención en un hospital</b>	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2024, los montos para cada período de beneficios son de \$0* o: deducible de \$1,632. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$408 por día.	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención en un hospital</b> <i>(continuación)</i>	Servicios hospitalarios para pacientes internados <i>(continuación)</i>	Día 91 en adelante: Copago de \$816 por día de reserva de por vida. Luego de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 0% o del 20%.*	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 0% o del 20%.*	

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Especialistas	<p><b>Dentro de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p>	Este beneficio también está disponible dentro de la red a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<p><b>Dentro de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p>	Solo se requiere autorización para las visitas al domicilio.
	Atención preventiva	Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Detección y orientación de abuso de alcohol</li> <li>• Pruebas de sangre con biomarcadores</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</li> <li>• Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas de ADN en heces multiobjetivo</li> <li>- Pruebas con enemas de bario</li> <li>- Colonoscopias de detección</li> <li>- Análisis de sangre oculta en la materia fecal</li> <li>- Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles</li> </ul> </li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de la diabetes</li> </ul>

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV)</li> <li>• Prueba de detección de la Hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección del VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (detección)</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Servicios de tratamiento nutricional</li> <li>• Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento</li> <li>• Asesoramiento para dejar de fumar</li> <li>• Vacunas para la COVID-19, antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo</li> </ul>

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico (continuación)</b>	Atención preventiva (continuación)	• Consulta anual de “bienestar”	
		Coseguro del 0% o del 20%.*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de glaucoma</li> </ul>

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de emergencia</b>	Atención de emergencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$100) por cada consulta.*	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$55) por cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b>	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos</li> </ul>	Copago de \$0 para cada servicio.	

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• Radiografías para pacientes externos</li> </ul>	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio.*	

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)</li> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</li> </ul>	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio.*	Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención auditiva</b>	<b>Exámenes auditivos</b>	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.*	
		Pago de \$0 para un examen auditivo no cubierto por Medicare (de rutina) cada 3 años.	
	<b>Audífonos</b>	Hasta \$1,300 como límite de beneficio máximo para ambos oídos combinados cada 3 años. Copago de \$0 por evaluación o adaptación de audífonos cada 3 años.	Se requiere autorización de un médico o especialista para los audífonos.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención dental</b>	Servicios dentales integrales	Coseguro del 0% o 20% para los servicios cubiertos por Medicare.*	
	Servicios dentales preventivos complementarios	Los servicios dentales preventivos complementarios se limitan a determinados códigos de servicio de las categorías a continuación. Los servicios se combinan dentro y fuera de la red.	Los servicios dentales preventivos complementarios no se aplican al límite máximo anual combinado de servicios dentales completos dentro y fuera de la red.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención dental</b> <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales complementarios	La cobertura de los servicios dentales integrales complementarios se limita a los códigos de servicio seleccionados de las categorías que se indican a continuación, con una asignación combinada dentro y fuera de la red de \$1,500 anuales. Los servicios se combinan dentro y fuera de la red.	Una vez agotado el límite de prestación anual combinado de \$1,500 dentro y fuera de la red, el miembro será responsable del costo total.

# Servicios dentales preventivos complementarios e integrales

Dentro y fuera de la red

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Copago</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Servicios dentales complementarios de diagnóstico y preventivos</b>		
<b>Exámenes</b>		
Evaluación bucal periódica	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal limitado	Sin cargo	Una vez por mes
Examen bucal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal centrado en el problema	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen de seguimiento	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen periodontal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
<b>Radiografías</b>		
Serie completa de radiografías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía periapical	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía oclusal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de proyección 2D	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Radiografía de aleta de mordida: dos placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: tres placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho imágenes	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía panorámica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Imágenes fotográficas 2D	Sin cargo	Cada 6 meses
<b>Limpiezas</b>		
Profilaxis (limpieza): adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
<b>Servicios dentales integrales complementarios</b>		
<b>Servicios de restauración</b>		
Empaste de plata: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Incrustación: metálica, una superficie	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, tres o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Restauración: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana o cerámica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana o cerámica, tres o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: compuesto a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: 3/4 compuesto a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: sustrato de porcelana o cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Corona: metal predominantemente innoble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Nuevo cementado: incrustación, restauración o carilla	Sin cargo	Con cobertura
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Con cobertura
Perno y base, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Cada perno adicional fabricado de manera indirecta	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Luego de la extracción	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

### Servicios de endodoncia

Terapia de endodoncia, incisivo	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Terapia de endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Terapia de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

### Servicios de periodoncia

Periodoncia	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Periodoncia: parte superior o inferior de la boca	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento de encía y hueso	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento de encía y hueso	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante

### Servicios de prostodoncia

Póntico: metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal predominantemente innoble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Póntico: porcelana fundida a metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana o cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Retenedor: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana o titanio y aleaciones	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal muy noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal predominantemente innoble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

### Cirugías bucales y maxilofaciales (cirugías bucales o extracciones)

Extracción de rutina	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: en tejido blando	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado completamente en hueso	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Corona: porcelana fundida a metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal muy noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención oftalmológica</b>	Exámenes de la vista	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.*	
		Copago de \$0 para lo que no está cubierto por Medicare. (Examen de la vista de rutina para anteojos).	Puede hacerse un examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare cada año.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención oftalmológica</b> <i>(continuación)</i>	Anteojos para la vista	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Copago de \$0 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$350 por año como máximo.	Incluye lentes de contacto y anteojos.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de la salud mental</b>	La salud mental de los pacientes internados	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2024, los montos para cada período de beneficios son de \$0* o: Deducible de \$1,632. Días 1 a 60: copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de la salud mental</b> <i>(continuación)</i>	La salud mental de los pacientes internados <i>(continuación)</i>	Días 61 a 90: copago de \$408 por día. Día 91 en adelante: copago de \$816 por día de reserva de por vida. Luego de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental <i>(continuación)</i>	La salud mental de los pacientes externos	Salud mental: <b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta en la oficina o por telesalud. <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.	Para obtener detalles sobre los servicios de la telesalud, llame a su proveedor actual.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental (continuación)	La salud mental de los pacientes externos (continuación)	<p>Servicios de psiquiatría:</p> <p><b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta en la oficina o la telesalud.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.</p>	Para obtener detalles sobre los servicios de la telesalud, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada</b>	Centro de enfermería especializada	<p>En 2024*, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$204 por día.</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita terapia para paciente externo</b>	Fisioterapia	<p><b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p> <p><b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p>	Se requiere autorización.
<b>Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud</b>	Ambulancia	Coseguro del 0% o del 20% por cada viaje de ida o vuelta.*	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar hasta 24 viajes solo de ida o solo de vuelta al año por motivos médicos.	También puede tomar un taxi, un autobús, el metro o una camioneta.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 0% o del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare.* Hasta \$35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Parte D de Medicare</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	\$0 o \$33.90 por mes.
<b>Deducible de la Parte D</b>	La mayoría de los miembros de Elderplan for Medicaid Beneficiaries reciben Ayuda adicional con los costos de los medicamentos con receta. Para 2024, el deducible de la Parte D es \$545. Si recibe Ayuda adicional, el monto del deducible depende del nivel de Ayuda adicional que reciba; usted pagará un deducible de \$0 por el deducible de la Parte D. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.
<b>Etapas de cobertura inicial: Suministro de un mes (30 días) y suministro extendido (hasta 90 días) *^†Ω</b>	
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):	Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: Copago de \$0; o Copago de \$1.55; o Copago de \$4.50; o El 25% del costo

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

### Parte D de Medicare

#### Para **todos los demás medicamentos:**

Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente:

- Copago de \$0;
- o Copago de \$4.60;
- o Copago de \$11.20;
- o El 25% del costo

<sup>^</sup> Suministro para un mes para costos compartidos para minoristas estándares (dentro de la red), para la atención a largo plazo (31 días) y para servicios fuera de la red Suministro extendido para costos compartidos para minoristas estándares (dentro de la red) y para pedidos por correo.

<sup>^</sup> También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).

<sup>†</sup> NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días por surtido.

<sup>Ω</sup> Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

## Parte D de Medicare

### Etapa del período sin cobertura

Usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Si recibe Ayuda adicional, no ingresará en la Etapa del período sin cobertura. En lugar de eso, continuará pagando el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial hasta la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Usted permanece en esta etapa hasta que los “gastos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

### Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “gastos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

#### Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

### Otros servicios cubiertos

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b>	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para diabéticos y los medidores de glucosa en sangre se limitan a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro del 0% o del 20% por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.*	Se requiere autorización para determinados artículos.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b> <i>(continuación)</i>	Suministros médicos	Coseguro del 0% o del 20% para suministros médicos.*	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Coseguro del 0% o del 20% para dispositivos protésicos.*	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita servicios de rehabilitación</b>	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	<b>Dentro de la red</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* <b>Fuera de la red</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

### Más beneficios con su plan

<b>Servicios de acupuntura expandidos</b>	Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"><li>• Acupuntura</li><li>• Ventosas o moxa</li><li>• Acupresión</li><li>• Tui Na</li><li>• Gua Sha</li><li>• Reflexología</li><li>• Terapia de rayos infrarrojos</li></ul>
<b>Juegos mentales con BrainHQ®</b>	No se requiere coseguro ni copago para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa en línea para el bienestar de la memoria que mejora el funcionamiento del cerebro a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

## Más beneficios con su plan

<b>Tarjeta Flex</b>	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$500 para usar en 2024 en gastos de su bolsillo para servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico. Todo el dinero de las prestaciones que no se use expirará al final del año natural 2024 o si se da de baja del plan.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	Usted puede comprar hasta \$210 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
<b>OTC + comestibles + comidas + pagos de servicios públicos + asistencia para la renta o hipoteca</b>	Para los miembros que reúnen los requisitos (con determinadas enfermedades crónicas), los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos se combina con el beneficio para los OTC a fin de incluir los pagos de la renta o hipoteca, servicios públicos, Internet, determinados artículos comestibles y comidas a domicilio como parte de la asignación OTC.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Más beneficios con su plan</b>	
<b>Servicios complementarios de podiatría</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 por consulta. Puede asistir hasta a 12 consultas de atención podiátrica de rutina año.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> copago de \$0 por consulta. Puede asistir hasta a 12 consultas de atención podiátrica de rutina año.</p>
<b>Programa de acondicionamiento físico Silver&amp;Fit®</b>	<p>El programa Silver&amp;Fit® Healthy Aging and Exercise proporciona a los miembros de Elderplan acceso a una membresía para un centro de acondicionamiento físico en un centro de la red participante y la opción de elegir un kit de acondicionamiento físico para el hogar que incluye opciones como un monitor de acondicionamiento físico portátil o un kit de fuerza. También hay disponibles clases de entrenamiento a pedido y sesiones individuales de acompañamiento para un Envejecimiento saludable, así como el Club del bienestar.</p>

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

<b>Más beneficios con su plan</b>	
<b>Teladoc®</b>	<p>Con un costo de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana mediante videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora.</p> <p>Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.</p>
<b>Cobertura internacional de servicios de emergencia / transporte de emergencia / cobertura de urgencia</b>	<p>El costo compartido para la cobertura internacional de servicios de emergencia, el transporte de emergencia o la cobertura de urgencia es de \$0. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.</p>

## **Sección III: Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan**

Es posible que haya algunos servicios para los que usted sea elegible en Medicaid, pero que no estén cubiertos por Elderplan for Medicaid Beneficiaries. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

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. Le pedimos que consulte la tabla de contacto de Medicaid.

**Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:**

### **Beneficios de Medicaid**

#### **Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan**

Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación

Atención diurna social

Apoyos sociales y ambientales

Atención en asilos de ancianos (Centro residencial de atención médica)

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

## Beneficios de Medicaid

### Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

#### Atención en el hogar

- a. Enfermería
- b. Auxiliar de atención de la salud en el hogar
- c. Fisioterapia (PT)
- d. Terapia ocupacional (OT)
- e. Patología del habla y del lenguaje (SP)
- f. Servicios médicos y sociales

#### Atención médica diurna para adultos

#### Atención personal

Equipo médico duradero, incluidos los suministros médico-quirúrgicos, las fórmulas enterales y parenterales, las pilas para audífonos, las prótesis, las órtesis y el calzado ortopédico. Fórmula enteral limitada a alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía; o tratamiento de un error innato del metabolismo.

#### Sistema personal de respuesta ante emergencias

#### Transporte que no sea de emergencia

#### Podiatría

#### Odontología

#### Optometría/anteojos

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

## Beneficios de Medicaid

### Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

Los servicios ambulatorios de rehabilitación para pacientes externos, fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), que sean ordenados por un médico u otro profesional autorizado están cubiertos según sean médicamente necesarios (sin límite en el número de consultas).

Audiología/audífonos

Terapia respiratoria

Nutrición

Atención de enfermería privada

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

### Pago por servicio de Medicaid

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Servicios hospitalarios para pacientes externos

Servicios médicos, incluidos los servicios brindados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar.

Servicios de laboratorio

Servicios de radiología y radioisótopos

Transporte de emergencia

Servicios de clínicas de salud rurales

Diálisis renal crónica

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

## Beneficios de Medicaid

### Pago por servicio de Medicaid

Servicios de salud mental

Servicios para tratar alcoholismo y abuso de sustancias

Servicios de OPWDD

Servicios de planificación familiar

Medicamentos con y sin receta, recetas preparadas

Todos los otros servicios enumerados en el Título XIX del Plan de Estado



Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través del pago por servicio de Medicaid.

# Información de contacto del programa New York State Medicaid

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)</b>
<b>LLAME AL</b>	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA 1-888-692-6116 Condado de Nassau: 516-227-8000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Ciudad de New York: 718-557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Condado de Westchester: 914-995-3333 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)</b>
<b>ESCRIBA</b>	New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>

**Elderplan, Inc.**  
**Notice of Nondiscrimination – Discrimination is Against the Law**

**Español (Spanish)**

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/HomeFirst no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst.:

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

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

Elderplan, Inc.  
ATTN Civil Rights Coordinator  
55 Water Street  
New York NY 10041  
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711  
Fax: 1-718-759-3643

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por teléfono o por 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 correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Simplified:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Traditional:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-353-3765 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-353-3765 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-353-3765 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-353-3765 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-353-3765 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Albanian:** Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

**Greek:** Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-800-353-3765 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

**Yiddish:** מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY: 711) איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

**Urdu:** ہماری صحت یا دوا کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت مترجم کی خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 1-800-353-3765 (TTY: 711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

## Lista de verificación para la preinscripción

Es importante que usted comprenda totalmente nuestros beneficios y nuestras normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio al cliente y hablar con un representante al **1-800-353-3765**.

### Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise el plan de cobertura, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org) o llame al **1-800-353-3765** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 2024**

### **Cómo comprender normas importantes**

- Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- Este es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid.



Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-800-353-3765**

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,  
los 7 días de la semana.

---

Los usuarios de TTY/TDD  
deben llamar al

**711**

---

Visite nuestro sitio web

**Elderplan.org**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.