#### Instrucciones:

- Comparta este folleto/formulario de bienestar con su proveedor. Recuerde llevarlo a todas sus consultas al proveedor o comuníquese con el equipo de bienestar al (718) 759-4413 para programar su prueba de detección en el hogar.
- Consulte qué prueba de detección es necesaria y realícela.
- Solicítele a su proveedor que confirme la realización de la prueba al firmar y sellar el folleto/formulario de bienestar.
- Envíe su folleto/formulario apenas esté completo, antes del 31 de diciembre de 2025.
- Puede enviarlo de tres formas simples:
- Por correo, mediante el sobre con franqueo pagado que se adjunta
- Por correo electrónico a wellness@mjhs.org
- Cargándolo a nuestro sitio web: elderplan.org/health-and-wellness/

**Nota:** el procesamiento puede tardar hasta 14 semanas. La recompensa vence el 12/31/2026.

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Esta es información sobre salud y bienestar o prevención. Llame a nuestro Servicio al Cliente al 1-800-353-3765 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Elderplan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).



una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia:

# **Melder**plan



Gane una

recompensa de \$25

por completar

CADA prueba de

detección, examen

o consulta

ELEGIBLE

¡Gane una recompensa de \$35 por aplicarse la vacuna contra la gripe!

## 1. Consulta anual al proveedor de atención primaria (PCP)

Las consultas al proveedor de atención primaria (PCP) en el consultorio, en el hogar o a través del servicio de telesalud pueden contar como una consulta anual. Comuníquese con su proveedor de atención primaria para programar su consulta anual o con el equipo de bienestar de Elderplan al (718) 759-4413 para averiguar si es elegible para una evaluación en el hogar o para encontrar un proveedor de telesalud.

## 2. Vacuna contra la gripe

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan las vacunas antigripales para todos los mayores de 6 meses de edad, especialmente para las personas de 65 años o más, o aquellas con afecciones médicas crónicas, como asma, diabetes o una enfermedad cardíaca.\*

\*El incentivo por aplicarse la vacuna contra la gripe se puede obtener una vez por año calendario.

## 3. Mamografía

Si se realizó una prueba de detección de cáncer de mama entre el 1 de octubre de 2023 y el 31 de diciembre de 2025, esta puede contar para el programa de incentivos.

#### 4. Prueba de detección de cáncer colorrectal

Si se ha realizado una prueba de detección de cáncer colorrectal en los últimos 9 años, esta puede contar para el programa de incentivos. Pídale a su médico que indique el tipo de prueba de detección y que firme. La prueba de sangre oculta en heces (FOBT) también cuenta para el programa de incentivos y Elderplan ofrece convenientemente esta prueba de detección en el hogar. Si desea recibir un kit de FOBT por correo en su hogar, llame al equipo de bienestar al (718) 759-4413.

#### 5. Examen de retina

Además de cubrir los exámenes de retina en el consultorio, Elderplan ofrece convenientemente exámenes de retina en el hogar. Si prefiere que un proveedor vaya a su hogar, comuníquese con el equipo de bienestar llamando al (718) 759-4413 para programar una cita.



Nombre del miembro

N.° de identificación de miembro

1. Consulta anual al proveedor de atención primaria (PCP)

Firma del médico/NP

Fecha del examen:

## 2. Vacuna antigripal

Firma del médico/NP/farmacéutico

Fecha de aplicación de la vacuna antigripal:

## 3. Mamografía

Firma del médico/NP

Fecha del examen:

## 4. Prueba de detección de cáncer colorrectal

Nombre/ubicación del proveedor:

Tipo de prueba de detección:

Firma del médico:

Fecha del examen:

## 5. Examen de retina

Firma del médico:

Fecha del examen:

Sello del proveedor