

2023



Cuidándole cada minuto, todos los días.



Resumen de beneficios

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

H3347_EPS17225_M

Resumen de beneficios – Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) 2023

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

1-877-891-6447, TTY 711

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



Resumen de beneficios

para **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)**

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam,
Queens, Richmond, Rockland, Westchester

Fecha de entrada en vigencia propuesta _____ / _____ / _____

Acerca de Elderplan

Elderplan es una organización sin fines de lucro fundada aquí mismo en New York. Nuestro objetivo principal es garantizar que los miembros de nuestra comunidad reciban la atención y el apoyo que merecen. Es por eso que ofrecemos una variedad de planes Medicare Advantage diseñados para adaptarse a las necesidades cambiantes de los beneficiarios de Medicare y aquellos con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid en cada nivel de salud.

Elderplan es miembro de MJHS Health System, una organización sin fines de lucro fundada por Las Cuatro Damas de Brooklyn en 1907, basada en los valores centrales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan se enorgullece de atender a personas de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado militar.



Elderplan Plus Long-Term Care
(HMO D-SNP)

Descripción general del plan

Recibir la atención y el apoyo que necesita en la seguridad y la comodidad de su propio hogar es importante. Este plan fue diseñado para los beneficiarios de Medicare y Medicaid que necesitan asistencia valiosa con atención a largo plazo en el hogar. Le complacerá saber que el plan no requiere primas, copagos ni remisiones para consultas con médicos, y tampoco tiene copagos para consultas hospitalarias. Además, los copagos para los medicamentos con receta son bajos. También disfrutará de un beneficio de productos de venta libre (OTC), que puede usar para pagar artículos relacionados con la salud, alimentos seleccionados que se compran en una tienda o en línea, comidas a domicilio y, recién añadido en 2023, el pago por Internet*. El plan también brinda transporte hacia y desde citas médicas, cobertura internacional de emergencia y

acupuntura. Si a estas alturas no está claro que nuestro principal objetivo es mantenerlo sano, debe saber que también ofrecemos un programa de incentivos para el bienestar, con el que recibe recompensas por hacerse revisiones preventivas y vacunarse. Y, como nos preocupamos por su bienestar, proporcionamos un programa de entrenamiento de la memoria de BrainHQ® que mantendrá su mente estimulada. También ofrecemos el programa Miembro a miembro galardonado, que les brinda a nuestros miembros la oportunidad de conectarse entre sí y participar en actividades emocionantes. Independientemente de si es un paseo por el parque, compras de comestibles, una charla amistosa, actividades de bienestar y relajación, demostraciones de cocina o clases de ejercicios, queremos que tenga opciones para sentirse conectado.

Quizás, uno de los mayores beneficios de inscribirse en este plan es que se le asignará un Administrador de atención dedicado a cargo de un equipo de profesionales clínicos atentos, todos comprometidos a ayudarlo a mantenerse saludable. Su Administrador de atención se mantendrá en contacto con sus médicos y también lo ayudará a organizar sus consultas médicas y el transporte para que pueda asistir a ellas. Ellos serán las personas a quienes debe acudir y trabajarán para ayudar a garantizar que reciba la atención que usted necesita para permanecer de manera segura en su hogar. Además, un enfermero/a registrado/a lo visitará cada cierto tiempo para

hacerle un control y evaluar sus necesidades. Y, en cuanto a quién le brindará la atención en el hogar, tiene varias opciones. Nos complace brindarle los servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar que lo ayudará con actividades como bañarse, vestirse y preparar comidas. Sin embargo, si prefiere que le brinde atención alguien que ya conoce, puede elegir a un amigo, un vecino o, en algunos casos, un familiar a través del programa de Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS), y se les pagará por su tiempo.

Porque lo cuidamos. Cada minuto.
Todos los días.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información acerca de Elderplan Plus Long-Term Care

Sección II: Resumen de beneficios 16

- Prima mensual, deducible y costos máximos que paga de su bolsillo
- Beneficios cubiertos por Medicare
- Beneficios de medicamentos con receta
- Otros beneficios cubiertos

Sección III: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid 36

- Beneficios cubiertos por Medicaid

Resumen de los beneficios



Prima mensual del plan



Consultas con médicos
(atención primaria)



Atención de especialistas



Acupuntura



Juegos para el cerebro
con BrainHQ®



Podiatría de rutina



Acceso 24/7 a la atención
de Teladoc®

\$0



Beneficio de productos
de venta libre (OTC)

\$215 por mes



Utilice su beneficio de OTC para comprar productos
alimenticios, comidas e, incluso, Internet.*

* Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (beneficio de alimentos) se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos, comidas a domicilio y pagos de Internet como parte de la asignación mensual de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

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 2023 de Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Plus Long Term Care

- 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 Plus Long-Term Care

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-877-891-6447**. (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**.

Este documento está disponible sin cargo en español y chino. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-877-891-6447**. (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 Plus Long Term Care (HMO 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, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland y Westchester.

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como "beneficiarios con doble elegibilidad". Debe reunir los requisitos para recibir los beneficios totales de Medicaid y cumplir con los requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care. El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está

determinado por el Estado de New York y puede variar según su ingreso y sus recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos beneficiarios con doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Elderplan Plus Long-Term Care cubre la mayor parte de los costos compartidos que, de otra forma, usted tendría que pagar, e incluye servicios adicionales que cubre Medicaid.

Información útil sobre Medicare

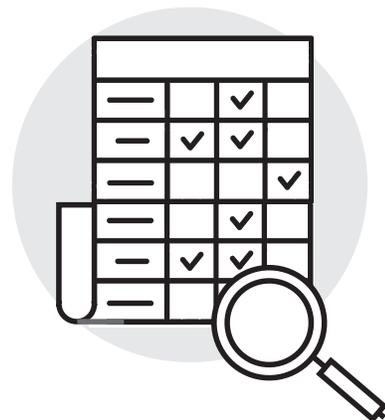
Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- 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).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Plus Long-Term Care [HMO D-SNP]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Plus Long-Term Care 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. La tabla también incluye información sobre los servicios que recibe de Medicaid. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos muchos beneficios cubiertos por Medicaid. Los beneficios cubiertos pueden cambiar de año a año.



- 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 <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf> o solicitar una copia impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas, 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 del Resumen de beneficios. O bien utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



Información acerca de Elderplan Plus Long-Term Care

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 de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para todos los beneficios de Medicaid. Además, usted:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland y Westchester.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.
- Debe ser mayor de 18 años.
- Mediante la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York, se determina si usted es elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de New York.
- Debe ser capaz, en el momento de la inscripción, de regresar a su hogar y comunidad, o permanecer en ellos, sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del Estado de New York.
- Debe ser elegible para recibir el nivel de atención en un asilo de ancianos (a partir del momento de la inscripción).

- Debe requerir administración de la atención y prever que necesitará, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:

- a) Servicios de enfermería en el hogar
- b) Terapias en el hogar
- c) Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar
- d) Servicios de atención personal en el hogar
- e) Atención médica diurna para adultos
- f) Servicio de atención de enfermería privada
- g) Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero puede esperarse razonablemente que la recuperará dentro de tres (3) meses, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura, se describe la cobertura durante un período de elegibilidad continua estimada).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios, excepto en casos 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 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 nuestro sitio web, www.elderplan.org.

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

La mayoría de los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care reciben “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 reciba. 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 conocido como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), el cual le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre los montos del deducible y el costo compartido.

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 a los siguientes números:

- **Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas, 7 días a la semana.
- A 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).
- A la Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Oficina de Servicios Sociales) al **1-800-692-6116** de lunes a viernes, entre las 9 a.m. y las 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Sección II: Resumen de beneficios

A continuación, se presentan los costos de atención médica para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP). Si cumple con los requisitos de elegibilidad para estar en este plan, Medicaid lo ayudará a pagar cualquier gasto de atención médica que pudiera tener.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)		
Prima mensual	\$0	Debido a que usted es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, la prima de su plan está cubierta en su nombre.
Deducible de la Parte B	\$0	Debido a que usted es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, el deducible de la Parte B de Medicare (\$203 en 2022*) está cubierto en su nombre.

* Estos montos de costos compartidos corresponden a 2022 y pueden cambiar en 2023. Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) informará las tarifas actualizadas en www.elderplan.org en cuanto se publiquen.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP)

<p>Gastos máximos que paga de su bolsillo</p>	<p>\$8,300</p>	<p>Debido a que usted es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo (\$8,300) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Esto no se aplica a los costos de los medicamentos con receta.</p>
--	----------------	---



Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$0 para cada período de beneficios. Copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Copago de \$0.	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Copago de \$0.	
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Copago de \$0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telemedicina. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Especialistas	Copago de \$0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	Copago de \$0 para cada consulta.	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.
	Atención preventiva	Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

Beneficios cubiertos por Medicare

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

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)		<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Prueba de detección de glaucoma • Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Prueba de detección de la hepatitis C • Prueba de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (pruebas de detección) • Servicios de tratamiento nutricional • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas contra la COVID-19, antigripales, contra la hepatitis B y contra el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “bienestar”

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de emergencia	Atención de emergencia	Copago de \$0 para cada consulta.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes, incluidos los siguientes servicios:	Copago de \$0 para cada servicio.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes externos • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) 	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).

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Copago de \$0 para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.	
		Vea los beneficios cubiertos por Medicaid.	
	Audífonos	Vea los beneficios cubiertos por Medicaid.	
Necesita atención dental	Servicios dentales integrales	Copago de \$0 para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	
	Servicios dentales	Consulte Beneficios cubiertos por Medicaid para conocer los servicios dentales preventivos e integrales.	

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención oftalmológica	Exámenes de la vista	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare.	
	Elementos para corregir la vista	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Vea los beneficios cubiertos por Medicaid.	

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental	Atención de salud mental para pacientes internados	Copago de \$0 para cada período de beneficios. Copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
	Atención de salud mental para pacientes externos	Servicios de salud mental: copago de \$0 para cada sesión individual o grupal.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
		Servicios de psiquiatría: copago de \$0 para cada sesión individual o grupal.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada	Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.
Necesita terapia como paciente externo	Fisioterapia	Copago de \$0 para cada consulta.	Se requiere autorización.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Ambulancia	Copago de \$0 por cada viaje de ida o de vuelta.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Vea los beneficios cubiertos por Medicaid.	

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Copago de \$0.	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.

Parte D de Medicare	
Prima de la Parte D	\$0 o \$38.90 por mes
Deducible de la Parte D	La mayoría de los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care reciben “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Para 2023, el deducible de la Parte D es de \$505. Si recibe “Ayuda adicional”, el monto del deducible depende del nivel de “Ayuda adicional” que reciba: usted pagará un deducible de \$0 o \$104 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.
Etapa de cobertura inicial (suministro para 30 días)	
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 \$1.45 copago de \$4.15 o el 15% del costo o el 25% del costo

Parte D de Medicare

Para todos los demás medicamentos:

Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente:

Copago de \$0 o

copago de \$4.30

copago de \$10.35 o

el 15% del costo o

el 25% del costo

Puede obtener los medicamentos en una farmacia de pedidos por correo o de la red para un suministro de 1 mes (30 días) o un suministro a largo plazo (hasta 90 días). En el caso de las farmacias de la red y de pedidos por correo, puede aplicarse el suministro no extendido; ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido. Si reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener un suministro de 1 mes (31 días).

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

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 “costos que paga de su bolsillo” del año hasta la fecha (sus pagos) lleguen a un total de \$7,400. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Cobertura en situaciones catastróficas

El plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2023).

Otros servicios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita equipos y suministros médicos	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Copago de \$0 para Equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por Medicare.	Solo se requiere autorización para determinados artículos.
	Suministros médicos	Copago de \$0 para suministros médicos.	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (prótesis para extremidades o dispositivos ortopédicos)	Copago de \$0 para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.

Otros servicios cubiertos			
Necesita servicios de rehabilitación	Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$0 para cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$0 para cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 para cada consulta.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 28 consultas por año.
Juegos para el cerebro con BrainHQ®	No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos.
Productos de venta libre (OTC)	Usted puede comprar hasta \$215 por mes de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
OTC + productos alimenticios + comidas preparadas + Internet	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (beneficio de alimentos) se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos, comidas a domicilio y pagos de Internet como parte de la asignación mensual de OTC.

Más beneficios con su plan

Servicios de podiatría complementarios	Copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.
Teladoc®	A un costo compartido de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana por videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.
Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia	Costo compartido de \$0 para servicios de emergencia/transporte de emergencia/urgencia en todo el mundo. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.

Sección III: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

La siguiente tabla describe los servicios que se encuentran disponibles a través de Medicaid para los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care que califican para los beneficios completos de Medicaid.

Todos los costos compartidos de la Parte C, incluidos todos los montos de los deducibles, copagos y coseguros, como así también todas las primas mencionadas a continuación, están cubiertos para los miembros. En la tabla también se explica si nuestro plan ofrece algún beneficio similar.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención para pacientes internados en un hospital, incluidos los servicios por abuso de sustancias y los servicios de rehabilitación

Hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto).

Servicios de tratamiento para pacientes internados con trastornos por uso de sustancias (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios de salud mental extendidos para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o lea la Evidencia de cobertura para obtener más información).

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención de salud mental para pacientes internados

Cuidado médicamente necesario, incluyendo los días que excedan el máximo de 190 días de por vida que cubre Medicare.

Atención de salud mental para pacientes internados (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico o general, la unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo [STCF] o un hospital de acceso crítico). Todos los miembros están cubiertos por el plan por hospitalización en un hospital general a causa de un caso agudo, independientemente del diagnóstico o tratamiento en el momento de la admisión. Excepto en una emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan de su admisión hospitalaria.

Centro de atención médica residencial

Atención cubierta por Medicare y Medicaid brindada en un centro de atención médica residencial. No se requiere una hospitalización previa.

Beneficios cubiertos por Medicaid	
Atención médica a domicilio	<p>Atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar y servicios de rehabilitación.</p> <p>También incluye servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare (p. ej., servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar para pacientes médicamente inestables bajo la supervisión de enfermería).</p>
Visitas al consultorio de un médico de atención primaria (PCP)	<p>Visitas al consultorio de un proveedor de atención primaria.</p>
Consultas a un especialista.	<p>Consultas a un especialista.</p>
Quiropráctica	<p>Manipulación manual de la columna vertebral provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados para corregir la subluxación.</p>
Podiatría	<p>La atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.</p> <p>Hasta cuatro (4) consultas por año para el cuidado de los pies de rutina.</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención de salud mental para pacientes externos

Consulta para terapia individual o de grupo. La persona inscrita debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.

Atención de salud mental para pacientes externos (incluidos, entre otros, asesoramiento clínico y terapia, apoyo de pares, rehabilitación psicosocial, manejo de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos intensivos de atención para pacientes externos). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios de salud mental extendidos para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o lea la Evidencia de cobertura para obtener más información). Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por la Oficina de Salud Mental (OMH), o por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero, un asistente médico, un psiquiatra de la red de

Beneficios cubiertos por Medicaid

<p>Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i></p>	<p>profesionales independientes (IPN), un psicólogo o enfermero de práctica avanzada (APN), u otro profesional de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>
<p>Atención por abuso de sustancias para pacientes externos</p>	<p>Consultas individuales y grupales. La persona inscrita debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.</p> <p>Servicios de tratamiento para pacientes externos con trastornos por uso de sustancias (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios de salud mental extendidos para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o lea la Evidencia de cobertura para obtener más información).</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid

**Servicios móviles para crisis
(para la crisis de salud mental
o relacionadas con el consumo
de sustancias)**

Servicios móviles para crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil para crisis); estabilización residencial de crisis a corto plazo (para crisis de salud mental). Cualquier proveedor de servicios móviles o residenciales para casos de crisis aprobado del estado de New York.

**Servicios CORE
(para afecciones de salud
mental o trastornos por
consumo de sustancias)**

Servicios comunitarios orientados a la recuperación y rehabilitación (CORE) (que son apoyos móviles de salud conductual orientados a la persona y a la recuperación. Los servicios CORE crean habilidades y autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia). Los servicios CORE están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede ser remitida o autorremitirse a los servicios CORE. (Nota: Para obtener más información sobre los servicios CORE y determinar si es elegible para ellos, llame a Servicios para los Miembros o lea la Evidencia de cobertura).

Beneficios cubiertos por Medicaid

Cirugía para pacientes externos	Consultas médicamente necesarias a un centro quirúrgico ambulatorio o a uno hospitalario para pacientes externos.
Ambulancia	Servicios de transporte brindados por una ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea. Transporte de emergencia para el inscrito que sufre de una afección grave, que amenaza su vida o es potencialmente discapacitante y que necesita la prestación de servicios de emergencia mientras es trasladado con el fin de recibir servicios hospitalarios. Incluye el traslado a una sala de emergencias de un hospital cuando se llama al "911".
Departamento de atención de emergencia	Atención proporcionada en una sala de emergencias de un hospital sujeta a la norma de la persona prudente.
Atención de urgencia	Atención de urgencia en la mayoría de los casos fuera del área de servicio del plan.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla)

Los servicios de rehabilitación para pacientes externos indicados por un médico u otro profesional certificado, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), están cubiertos por ser médicamente necesarios (sin límites en la cantidad de consultas).

Equipo médico duradero (DME)

Equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare y Medicaid, incluidos dispositivos y equipos, que no sean calzado ortopédico, protésico ni ortésico, indicados por un médico para el tratamiento de una afección médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. No es requisito previo que usted no pueda salir de su casa e incluye equipos médicos duraderos (DME) que no cubre Medicare, pero que están cubiertos por Medicaid (por ejemplo, taburete para baño, barras para baño).

Beneficios cubiertos por Medicaid

Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales

Por lo general, estos artículos son considerados artículos consumibles de uso único, pagados rutinariamente de acuerdo con la categoría de equipo médico duradero (DME) del Programa de pago por servicio de Medicaid.

La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita solo a la cobertura de alimentación por sondas nasogástricas, de yeyunostomía o gastrostomía.

La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones:

1) personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda;

2) personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas raras que requieren fórmulas médicas específicas para brindarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio, y

Beneficios cubiertos por Medicaid

<p>Suministros médicos o quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, y suplementos nutricionales <i>(continuación)</i></p>	<p>3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes del crecimiento y desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.</p>
<p>Dispositivos protésicos</p>	<p>Calzado ortopédico, protésico y ortésico cubierto por Medicare y Medicaid.</p>
<p>Control de la diabetes</p>	<p>Capacitación y suministros para el autocontrol y administración de la diabetes, incluida la cobertura para glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para la diabetes, como almohadillas de gasa de 2x2, almohadillas/hisopos para alcohol, jeringas y agujas para insulina, están cubiertos por la Parte D.</p>
<p>Exámenes de diagnóstico</p>	<p>Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología.</p>
<p>Medición de la masa ósea</p>	<p>Medición de la masa ósea para personas en riesgo.</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid	
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Pruebas de detección de cáncer colorrectal para personas de 50 años o más.
Inmunizaciones	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.
Mamografías	Exámenes anuales para personas de 40 años y más. No se necesita remisión.
Exámenes pélvicos y prueba de Papanicolaou	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
Prueba de detección de cáncer de próstata.	Pruebas de detección de cáncer de próstata para personas de 50 años y más.
Medicamentos para pacientes externos	Todos los medicamentos con receta y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare recetados por un proveedor y administrados en el consultorio de un médico o en una clínica que están cubiertos por Medicaid (No medicamentos de la Parte D).

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios auditivos

Servicios y productos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición cubiertos por Medicare y Medicaid. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; las verificaciones de los audífonos después de la entrega, las evaluaciones de ajuste y las reparaciones de los audífonos; servicios de audiología, incluso exámenes y pruebas, evaluaciones y recetas de audífonos; y productos de ayuda para la audición, incluidos audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto.

Audífonos

La cobertura para audífonos es de \$600 por oído con un máximo de \$1,200 cada 3 años.

Se incluye 1 año de suministro de baterías con la compra y se enviará junto con el audífono.

Se requiere la autorización de un médico o especialista para audífonos.

Todos los servicios están cubiertos una vez cada tres años.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios de cuidado de la vista	Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (comunes o hechos a medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa. La cobertura también incluye reparaciones y repuestos. También se cubren los exámenes de diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes de refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. No es necesario cambiar los anteojos con mayor frecuencia que cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o en caso de pérdida, daño o destrucción de los anteojos.
Un examen físico de rutina por año	Hasta un examen físico de rutina por año.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención de enfermería privada

Servicios de atención de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.

Transporte que no sea de emergencia

Transporte fundamental para que un inscrito obtenga atención y servicios médicamente necesarios de acuerdo con los beneficios del plan o el pago por servicio de Medicaid. Esto incluye ambulancia, vehículo para minusválidos, taxi, alquiler de automóviles, transporte público y otros medios adecuados para las afecciones médicas del inscrito y un asistente de transporte para acompañar a la persona inscrita, si es necesario.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios dentales	Servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen atención dental preventiva, profiláctica y de rutina de otro tipo, servicios y suministros de prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Los servicios de cirugía odontológica para pacientes internados o externos están sujetos a autorización previa.
Servicios dentales preventivos	No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid: <ul style="list-style-type: none">- exámenes bucales- profilaxis (limpiezas)- radiografías dentales
Servicios de cuidado personal	Incluye asistencia médicamente necesaria con actividades de la vida diaria (ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) y tareas relacionadas con la salud, a través de asistencia, supervisión o instrucciones.

Beneficios cubiertos por Medicaid

Nutrición	Evaluación del estado nutricional o de las necesidades nutricionales, elaboración y evaluación de planes de tratamiento, educación sobre la alimentación, educación en el lugar de trabajo, incluidos aspectos culturales.
Servicios médicos y sociales	Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar.
Apoyos sociales y ambientales	Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas y cuidado de relevo.
Entrega de comidas a domicilio y comidas en lugares de congregación	Comidas entregadas en el hogar o servidas en un lugar de congregación (por ejemplo, un centro para personas de edad avanzada) a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.

Beneficios cubiertos por Medicaid

<p>Atención médica diurna para adultos</p>	<p>Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios dentales y farmacéuticos, y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un RHCF aprobado o centro de extensión aprobado.</p>
<p>Atención diurna social</p>	<p>Programa integral y estructurado que ofrece socialización, supervisión y control, cuidado personal y nutrición en un ambiente protegido.</p>
<p>Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)</p>	<p>Dispositivo electrónico que permite que personas obtengan ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.</p>
<p>Beneficio para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare aprobado por los CMS</p>	<p>El inscrito es responsable de los copagos.</p>
<p>Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través del pago por servicio de Medicaid.</p>	

Servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Plus Long-Term Care no cubre. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Llame a Servicios para los Miembros al **1-877-891-6447** (TTY **711**) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) o por 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 Plus Long-Term Care (HMO D-SNP), pero están disponibles a través del pago por servicio de Medicaid:

- Servicios de planificación familiar fuera de la red según las disposiciones de acceso directo
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona
- Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (CR) con licencia de la OMH y programas de tratamiento basados en la familia

- Servicios de la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo
- Administración integral de casos de Medicaid
- Programa de exención a los servicios basados en el hogar y la comunidad
- Observación directa de la terapia antituberculosa
- Programa de vivienda asistida

Información de contacto del programa New York State Medicaid

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME	<p>Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116</p> <p>Condado de Dutchess: 845-486-3000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Nassau: 516-227-8000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.</p> <p>Ciudad de New York: 718-557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Orange: 845-291-4000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Putnam: 845-808-1500 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Rockland: 845-364-3040 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Westchester: 914-995-3333 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.</p>

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>
ESCRIBA	<p>Dutchess County 60 Market Street Poughkeepsie, New York 12601</p> <p>Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553</p> <p>New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238</p> <p>Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924</p> <p>Putnam County DSS 110 Old Route 6 Carmel, Nueva York 10512</p> <p>Rockland County DSS 50 Sanatorium Road, Building L Pomona, New York 10970</p> <p>Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601</p>

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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:

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, 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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-891-6447 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة 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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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、1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (TTY:711). איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען איך 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 1-877-891-6447 (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 normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio al cliente y hablar con un representante al **1-877-891-6447**.

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **www.elderplan.org** o llame al **1-877-891-6447** 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.

Comprenda las normas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y los copagos o coseguros pueden cambiar el **1 de enero de 2024**.
- Salvo en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores que no se encuentren en la red (médicos que no figuren en el directorio de proveedores).
- 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

1-877-891-6447

de 8 a.m. a 8 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.