

**Elderplan Extra Help (HMO-POS) ofrecido por  
Elderplan, Inc.**

**Aviso anual de cambios para 2025**

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan Extra Help (HMO-POS). El año próximo, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 8 para ver un resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
- 

**Qué hacer ahora**

**1. PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

- Verifique si los cambios en los beneficios y los costos lo afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).

- Revise los cambios en la cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de la cobertura y el costo compartido.
  - Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y el costo compartido.
  - Controle los cambios en la “Lista de medicamentos” 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma estén cubiertos.
  - Compare la información del plan de 2024 con la del plan de 2025 para comprobar si alguno de estos medicamentos pasará a otro nivel de costo compartido o estará sujeto a otras restricciones, por ejemplo, autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, como las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - Averigüe si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
  - Piense si está conforme con nuestro plan.

**2. COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Utilice el Localizador de planes de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Para obtener más ayuda, comuníquese con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que se decida por alguna de las opciones de plan, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELIJA:** decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Elderplan Extra Help (HMO-POS).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan Extra Help (HMO-POS).

- Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o en la actualidad vive en una institución, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes que dejó la institución.

### **Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin cargo en español y 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. La línea de teléfono es gratuita.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos braille y otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).**

### **Acerca de Elderplan Extra Help (HMO-POS)**

- Elderplan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. 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.
  - Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", se refiere a Elderplan Extra Help (HMO-POS).
-

***Aviso anual de cambios para 2025***  
**Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>	<b>21</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	21
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	22
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias..	24
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	25
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	30
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos .....</b>	<b>46</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>47</b>
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Extra Help (HMO-POS) .....	47
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	47
<b>SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan.....</b>	<b>49</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>51</b>

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....52**

**SECCIÓN 7 Preguntas .....55**

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Extra Help (HMO-POS) ..... 55

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare..... 56

**Resumen de costos importantes para 2025**

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para Elderplan Extra Help (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$34.70 para su prima de la Parte D	\$41.00 para su prima de la Parte D
<b>Deducible de la Parte B del plan</b>	No hay deducible de la Parte B.	No hay deducible de la Parte B. No hay cambios para 2025.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el <u>máximo</u> que tendrá que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red y fuera de la red. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p><b>Combinados dentro y fuera de la red</b> \$7,550</p>	<p><b>Combinados dentro y fuera de la red</b> \$7,550 No hay cambios para 2025.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	<b>Dentro de la red</b> Consultas de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por consulta.	<b>Dentro de la red</b> Consultas de atención primaria: usted paga un copago de \$0 por consulta.  No hay cambios para 2025.
	<b>Dentro y fuera de la red</b> Consultas con especialistas: usted paga un copago de \$25 por consulta.	<b>Dentro y fuera de la red</b> Consultas con especialistas: usted paga un copago de \$25 por consulta.  No hay cambios para 2025.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios hospitalarios para pacientes internados</b>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$390 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: copago de \$0 por día.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 5: copago de \$390 por día.</p> <p>Día 6 en adelante: copago de \$0 por día.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>No hay cambios para 2025.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).	Deducible: el deducible de la Parte D es de \$545 para el Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.  Durante la Etapa de cobertura inicial:	Deducible: el deducible de la Parte D es de \$590 para el Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados, excepto para las vacunas cubiertas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.  Durante la Etapa de cobertura inicial:

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</b></p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *</b></p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 1:</b>  <b>medicamentos genéricos preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$4.</p> <p><b>Nivel 2:</b>  <b>medicamentos genéricos.</b> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><b>Nivel 3:</b>  <b>medicamentos de marca preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$47.</p> <p><b>Nivel 4:</b>  <b>medicamentos no preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$100.</p>	<p><b>Nivel 1:</b>  <b>medicamentos genéricos preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$4.</p> <p><b>Nivel 2:</b>  <b>medicamentos genéricos.</b> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><b>Nivel 3:</b>  <b>medicamentos de marca preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$47.</p> <p><b>Nivel 4:</b>  <b>medicamentos no preferidos.</b>                      Usted paga un copago de \$100.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>                      Usted paga un coseguro del 25%.</p> <hr/> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro extendido (hasta 90 días)† Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>                      Usted paga un coseguro del 25%.</p> <hr/> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro extendido (hasta 90 días)† Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$12.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos.</b> Venta al público: usted paga un copago de \$30 .                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>	<p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$12.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos.</b> Venta al público: usted paga un copago de \$30 .                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$141.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$300.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p>	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$141.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b>                      Venta al público: usted paga un copago de \$300.                      Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>            Venta al público: usted paga un coseguro del 25%.            Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>            Venta al público: usted paga un coseguro del 25%.            Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.</li> </ul> <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.</p>	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por los medicamentos de la Parte D cubiertos.</li> </ul> <p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (LIS)”.</p>

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$34.70 para su prima de la Parte D	\$41.00 para su prima de la Parte D

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 en relación con la “Ayuda adicional” de Medicare.

---

**Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo**

---

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de bolsillo durante el año. Este límite se denomina el “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro y fuera de la red.</p> <p>La prima de su plan y sus costos para medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p><b>Combinados dentro y fuera de la red:</b>  \$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos combinados de la Parte A y la Parte B dentro y fuera de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p><b>Combinados dentro y fuera de la red:</b>  \$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por servicios cubiertos combinados de la Parte A y la Parte B dentro y fuera de la red, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

---

### **Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias**

---

Los montos que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos con receta de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias dentro de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamar a Servicios para los Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le llegará en un plazo de tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2025 en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que, durante el año, podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) y las farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio de proveedores que se realizó a mediados del año lo afecta, comuníquese con Servicios para los Miembros para que podamos ayudarlo.

---

**Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

---

Haremos cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos a partir del próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</b>	<b>Dentro de la red</b>  Usted paga un coseguro del 20% por los equipos médicos duraderos (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.	<b>Dentro de la red</b>  Usted paga un coseguro del 20% por los equipos médicos duraderos (DME) y los suministros relacionados cubiertos por Medicare.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados (continuación)</b></p>	<p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos como equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados, entre otros.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los sensores de glucosa Freestyle Libre y los suministros disponibles en los locales de equipos médicos duraderos (DME).</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p>	<p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos como equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados, entre otros.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los sensores de glucosa Freestyle Libre y los suministros disponibles en las farmacias participantes.</p> <p>Es posible que se requiera autorización.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% o un copago por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 20% o un copago por los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare NO están sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</b>	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.
<b>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</b>	Usted paga un copago de \$25 por cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare.  Se requiere autorización.	Usted paga un copago de \$20 por cada sesión de SET (para PAD) cubierta por Medicare.  Se requiere autorización.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/cobertura de urgencia y asistencia al viajero</b>	<p>No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia (el monto máximo del beneficio es \$50,000).</p> <p>Los servicios de asistencia internacional al viajero no están cubiertos por el plan.</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para la cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia (el monto máximo del beneficio es \$50,000).</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los servicios de asistencia internacional al viajero acordados por nuestro proveedor de asistencia internacional al viajero.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Cuidado de la vista: servicios suplementarios</b>	Copago de \$0 por un examen de rutina de la vista por año.	Copago de \$0 por un examen de rutina de la vista por año.
	Usted paga un copago de \$0 para anteojos (máximo anual de \$150 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (cristales y armazón).	Usted paga un copago de \$0 para anteojos (máximo anual de \$200 por año calendario), incluidos lentes de contacto o anteojos (cristales y armazón).

---

**Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**

---

**Cambios en la Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia electrónica de la Lista de medicamentos.

Hicimos cambios en la Lista de medicamentos, entre los que podría incluirse la eliminación o agregado de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o el traslado de un medicamento a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si hay alguna restricción o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se aplican a partir del comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare y que podrían afectarlo.

Actualizamos la Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista más actualizada de los medicamentos. Si realizamos alguna modificación que afecte su acceso al medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como pedir un suministro temporal, aplicar una excepción o buscar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

En la actualidad, podemos eliminar de forma inmediata un medicamento de marca de la Lista de medicamentos si lo reemplazamos por otra versión genérica del medicamento que tenga el mismo nivel de costo compartido, o inferior, y con las mismas restricciones, o menos, que el medicamento de marca original. Además, cuando agreguemos un medicamento genérico nuevo, podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero lo pasaremos de inmediato a otro nivel de costo compartido o agregaremos restricciones nuevas.

A partir de 2025, estamos autorizados a reemplazar de forma inmediata los medicamentos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento biológico que reemplazaremos por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso sobre el cambio 30 días antes de que lo hagamos ni se le entregue el suministro mensual del medicamento biológico original en una farmacia dentro de la red. Si usted está tomando el medicamento biológico original en el momento en que realizamos el cambio, igualmente recibirá información sobre los cambios específicos que realizamos, pero es posible que el aviso llegue después de realizar el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer los distintos tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede ponerse en contacto con Servicios para los Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, a la persona que le receta el medicamento o al farmacéutico para obtener más información.

### **Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta**

**Nota:** si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Hemos incluido un folleto adicional que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*, (también conocida como *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no se recibió este folleto adicional en el paquete, llame a Servicios para los Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de descuentos para el período sin cobertura ya no formará parte del beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de los medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para el monto de gastos de bolsillo.

**Cambios en la Etapa del deducible**

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 1: etapa del deducible anual</b>                      Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados)</b> hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajes.</p>	<p>No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), del Nivel 2 (medicamentos genéricos) ni del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).                      El deducible de la Parte D es de \$545 para los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados).</p>	<p>No hay deducible para los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), del Nivel 2 (medicamentos genéricos) ni del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos).                      El deducible de la Parte D es de \$590 para los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados).</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Etapa 1: etapa del deducible anual (continuación)</b>	Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta alcanzar el deducible anual.	Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta alcanzar el deducible anual.

**Cambios en los costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</b></p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro d la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) *Ω</b></p> <p>A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro d la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas y no tienen costo para usted.</p>	<p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.</b></p> <p>Usted paga un copago de \$4.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos.</b> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</b> Usted paga un copago de \$47.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b> Usted paga un copago de \$100.</p>	<p><b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos.</b></p> <p>Usted paga un copago de \$4.</p> <p><b>Nivel 2: medicamentos genéricos.</b> Usted paga un copago de \$10.</p> <p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos.</b> Usted paga un copago de \$47.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b> Usted paga un copago de \$100.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>                      Usted paga un coseguro del 25%.                      A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro extendido (hasta 90 días) † Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b>                      Usted paga un coseguro del 25%.                      A continuación, se detalla el costo para usted por un suministro extendido (hasta 90 días) † Ω cuando obtiene el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda un costo compartido estándar durante la Etapa de cobertura inicial.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 1:</b> <b>medicamentos genéricos preferidos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <b>medicamentos genéricos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>	<p><b>Nivel 1:</b> <b>medicamentos genéricos preferidos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$12.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$8.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <b>medicamentos genéricos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$30.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$20.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p>	<p><b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos:</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$141.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$94.</p> <p><b>Nivel 4: medicamentos no preferidos.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un copago de \$300.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un copago de \$200.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>	<p><b>Nivel 5: medicamentos especializados.</b></p> <p>Venta al público: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>Venta de pedido por correo: usted paga un coseguro del 25%.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p><b>Ω:</b> no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p> <p><b>Ω:</b> no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su deducible.</p>

<b>Etapa</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, puede ser elegible para el costo compartido reducido. Consulte su “Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos” (LIS).</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>

## **Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y los productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para el monto de gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b>	No corresponde	<p>El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos mediante <b>pagos mensuales que varían durante el año</b> (de enero a diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-490-2102 (TTY: 711) o visite <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>

---

## **SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir**

---

---

### **Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan Extra Help (HMO-POS)**

---

**Para seguir inscrito en el mismo plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente a Elderplan Extra Help (HMO-POS).

---

### **Sección 3.2: Si desea cambiar de plan**

---

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

#### **Paso 1: conozca y compare sus opciones**

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, utilice el Localizador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual Medicare y Usted 2025 (*Medicare & You 2025*), llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

A modo de recordatorio, Elderplan Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costo compartido.

## **Paso 2: cambie su cobertura**

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan Extra Help (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Elderplan Extra Help (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los Miembros.
  - *O BIEN* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## **SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan**

Si desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Los cambios entrarán en vigencia el 1 de enero de 2025.

### **¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?**

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si recientemente se mudó a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o en la actualidad vive en una institución, puede cambiar su cobertura Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos a partir del mes que dejó la institución.

## **SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare**

El Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en todos los estados. En el estado de New York, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede comunicarse con el HIICAP al 1 (212) 602-4180 (dentro de los distritos) o al 1-800-701-0501 (fuera de los distritos). Puede obtener más información sobre el HIICAP en su sitio web (<https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-healthinsurance>).

## **SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellas personas que califiquen no recibirán una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame los siguientes números:
  - 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.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
  - A la Oficina de Medicaid de su estado.

- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de New York cuenta con un programa denominado Cobertura de seguro farmacéutico para personas de edad avanzada (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado.
- **Asistencia de costo compartido para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o cómo seguir recibiendo asistencia si usted ya está inscrito, llame al 1-800-542-2437. Cuando llame, asegúrese de indicarles el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos mediante **pagos mensuales que varían durante el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La "Ayuda adicional" de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que reúnen lo requisitos, tiene más beneficios que participar en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-490-2102 (TTY 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

---

## **SECCIÓN 7 Preguntas**

---

### **Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan Extra Help (HMO-POS)**

---

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (en ella se describe en detalle los beneficios y costos para el próximo año)**

En este *Aviso anual de cambios* se ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* de Elderplan Extra Help (HMO-POS). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

---

**Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

**Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar 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.

## **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Hay información sobre costos, cobertura y las Calificaciones con estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

## **Lea *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)***

Lea el manual *Medicare y Usted 2025 (Medicare & You 2025)*. Todos los otoños, se envía este documento por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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.

**Elderplan, Inc.**  
**Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal**

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

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

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

Elderplan, Inc.  
ATTN Coordinador de derechos civiles  
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 o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por 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)

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

## Servicios de interpretación multilingües

**Inglés:** 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.

**Español:** 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.

**Chino simplificado:** 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。

**Chino tradicional:** 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。

**Tagalo:** 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 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**Francés:** 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.

**Vietnamita:** 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.

**Alemán:** 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.

**Coreano:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 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.

**Ruso:** 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 (بمساعدتك. هذه سيقوم شخص ما يتحدث العربية.) 1-877-891-6447 (TTY: 711) فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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.

**Italiano:** 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.

**Português:** 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.

**Francés criollo:** 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.

**Polaco:** 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.

**Japonés:** 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。

**Albanés:** 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.

**Bengalí:** 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।

**Griego:** 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.

**Yidis:** מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן איר אריינער וואס 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 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 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی (TTY:711) 1-877-891-6447 خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔