

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) ofrecido por Elderplan Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, está inscrito como miembro de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP). El próximo año habrá cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 7 para obtener 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. También puede llamar a Servicios para los Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y el costo compartido.

- Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, como las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- 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 o revise la lista en la portada posterior del manual *Medicare & You 2024* (*Medicare y Usted 2024*).
- Una vez que limite su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).
- 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).
- Consulte la Sección 3.2, página 60, para obtener más información sobre sus opciones.

- Si recientemente se muda a, actualmente vive en, o se muda fuera de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Esta llamada 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).** Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

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

- 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.
 - Elderplan ha sido aprobado por el Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) para operar como un Plan de Necesidades Especiales (SNP) hasta 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de Atención de Elderplan.
 - Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).
-

H3347_EPS17454_M

Aviso anual de cambios para 2024
Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....7

**SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre
del plan22**

**SECCIÓN 2 Cambios en los costos
y beneficios para el año próximo23**

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual 23

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo que paga
de su bolsillo 23

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias 25

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos
de los servicios médicos..... 26

Sección 2.5: Cambios en la cobertura para medicamentos
con receta de la Parte D 50

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir.....59

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan for
Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 59

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan 59

SECCIÓN 4 Cambio de plan61

SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	63
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	64
SECCIÓN 7	Preguntas	66
Sección 7.1:	Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)	66
Sección 7.2:	Cómo recibir ayuda de Medicare	67
Sección 7.3:	Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	68

Resumen de costos importantes para 2024

En la siguiente tabla se comparan los costos de 2023 y 2024 para Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por los deducibles, las consultas en el consultorio médico y las hospitalizaciones para pacientes internados.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.	\$0 o \$38.90 para su prima de la Parte D	\$0 o \$33.90 para su prima de la Parte D

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Deducible de la Parte B	El deducible de la Parte B es de \$226. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B.	El deducible de la Parte B es de \$240. Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Consultas en el consultorio del médico	<p>Dentro de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare conforme Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Consultas de atención primaria: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare conforme Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Consultas al especialista: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare conforme Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Las consultas a un especialista no están cubiertas.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Consultas al especialista: Usted paga un coseguro de 0% o 20% por consulta. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare conforme Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2023, los montos para cada período de beneficios son de \$0*, O: un deducible de \$1,600.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$400 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$800 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son de \$0*, O: un deducible de \$1,632.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$408 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$816 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</p>	<p>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>	<p>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)	*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$505, excepto para los productos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos cubiertos por la Parte D.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)* † Ω</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$545, excepto para los productos de insulina y la mayoría de las vacunas para adultos cubiertos por la Parte D.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)* † Ω</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.45 copago de \$4.15, o 15% del costo o 25% del costo.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.55 copago de \$4.50, o 25% del costo.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.30, o copago de \$10.35, o 15% del costo, o 25% del costo. * El suministro para 60 días también está disponible para minoristas estándar.</p> <p>Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 90 días) † Ω</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial para:</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.20, o 25% del costo. * El suministro para 60 días también está disponible para minoristas estándar.</p> <p>Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 90 días) † Ω</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial para:</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.45 o copago de \$4.15, o 15% del costo o 25% del costo.</p>	<p>Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.55, o copago de \$4.50, o 25% del costo.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.30, o copago de \$10.35, o 15% del costo o 25% del costo.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.35, o 25% del costo.</p> <p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</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 pagó su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos cubiertos. 	<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 pagó su deducible.</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan cubre el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la Sección 2.5 para obtener detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: un coseguro igual al 5% del costo del medicamento, o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos). 	

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará 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 2.2 para obtener detalles).</p>	<p>Dentro de la red \$8,300 Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Combinación dentro de la red y fuera de la red \$8,850 Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, nuestro nombre del plan cambiará de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) a Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).

Le enviaremos la nueva tarjeta de identificación de miembro de Elderplan. Si tiene preguntas o si su tarjeta de identificación de miembro de Elderplan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Verá el nuevo nombre del plan reflejado en futuras comunicaciones donde se haga referencia a este.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).</p>	<p>\$0 o \$38.90 para su prima de la Parte D</p> <p>Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).</p>	<p>\$0 o \$33.90 para su prima de la Parte D</p> <p>Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero).</p>

Sección 2.2: 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 su 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.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si usted es elegible para recibir la asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$8,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,300 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>Combinación dentro de la red y fuera de la red</p> <p>\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red y fuera de la red de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Puede encontrar los directorios actualizados también en nuestro sitio web en 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 y farmacias para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2024 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) y las farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare.

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Acupuntura Servicios (No cubiertos por Medicare)</p>	<p>Dentro de la red No paga un coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año para los servicios de acupuntura solamente.</p>	<p>Dentro de la red No paga un coseguro ni copago por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Ventosas/Moxa • Acupresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia con rayos infrarrojos

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales preventivos complementarios</p>	<p>Servicios dentales preventivos complementarios Dentro de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 para los siguientes servicios dentales preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales limitados: 1 por mes ● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses 	<p>Servicios dentales preventivos complementarios Combinación dentro de la red y fuera de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los siguientes servicios dentales preventivos complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Exámenes bucales limitados: 1 por mes ● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: Servicios dentales preventivos complementarios (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses • Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses <p>Fuera de la red Los servicios dentales preventivos complementarios no están cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses • Radiografías dentales: 1 cada 6 meses • Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses • Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses • Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses <p>Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales</p>	<p>Servicios dentales integrales complementarios: Dentro de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación, con una asignación de \$1,500 por año. Los dentales preventivos no se aplican hacia el monto máximo anual.</p>	<p>Servicios dentales integrales complementarios: Combinación dentro de la red y fuera de la red</p> <p>La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación, con una asignación de \$1,500 por año de la combinación dentro de la red y fuera de la red. Servicios dentales preventivos no se aplican hacia el monto máximo anual de la combinación dentro de la red y fuera de la red.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p>Luego de agotar los \$1,500 de límite anual del beneficio, el miembro deberá pagar el costo total.</p> <p>La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por pieza dental/por arco/por cuadrante.</p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <p>Algunos códigos de restauración solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por pieza dental, O \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental.</p>	<p>Luego de agotar los \$1,500 anuales del límite de beneficios la combinación dentro de la red y fuera de la red, el miembro deberá pagar el costo total.</p> <p>La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por pieza dental/por arco/por cuadrante.</p> <p><u>Servicios de restauración</u></p> <p>Algunos códigos de restauración solo a un copago de \$0, 1 cada 12 meses, por pieza dental, O \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p>Algunos códigos de restauración mayor solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental, O copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental. Algunos códigos están cubiertos a \$0 sin limitación de frecuencia.</p>	<p>Algunos códigos de restauración mayor solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental O copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental. Algunos códigos están cubiertos a \$0 sin limitación de frecuencia.</p>
	<p><u>Servicios de endodoncia</u></p> <p>Algunos códigos de tratamiento de endodoncia solo con un copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental.</p>	<p><u>Servicios de endodoncia</u></p> <p>Algunos códigos de tratamiento de endodoncia solamente a un copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)	<u>Servicios de periodoncia</u> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses O \$0, 1 cada 60 meses.	<u>Servicios de periodoncia</u> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 cada 36 meses O \$0, 1 cada 60 meses.
	<u>Servicios de prostodoncia</u> Algunos códigos de pónicos en dentadura postiza parcial fija solo a un copago de \$0/ 1 cada 60 meses, por pieza dental.	<u>Servicios de prostodoncia</u> Algunos códigos de pónicos en dentadura postiza parcial fija solo a un copago de \$0/ 1 cada 60 meses, por pieza dental.
	Algunos códigos de coronas para retenedores en dentaduras postizas parciales fijas por arco solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental.	Algunos códigos de coronas para retenedores en dentaduras postizas parciales fijas por arco solo a un copago de \$0, 1 cada 60 meses, por pieza dental.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</p>	<p><u>Cirugía bucal y maxilofacial</u> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental. Fuera de la red Los servicios dentales integrales complementarios no están cubiertos.</p>	<p><u>Cirugía bucal y maxilofacial</u> Algunos códigos solo a un copago de \$0, 1 de por vida, por pieza dental. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>Usted paga un coseguro de 0% o 20% (hasta \$90) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$100) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Tarjeta Flex	La tarjeta Flex <u>no</u> se cubre en 2023.	<p>No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex.</p> <p>Usted recibirá una asignación de \$500 para usar en 2024 en costos de servicios dentales, de la vista, auditivos o de acondicionamiento físico.</p> <p>El dinero del beneficio que no se utilice vencerá al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p>	<p>Dentro de la red En 2023, los montos para cada período de beneficios son de \$0*, O: un deducible de \$1,600. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$400 por día. Día 91 en adelante: copago de \$800 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p>Dentro de la red En 2024, los montos para cada período de beneficios son de \$0*, O: un deducible de \$1,632. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$408 por día. Día 91 en adelante: copago de \$816 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Se requiere autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2023, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,600.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$400 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$800 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En 2024, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O: un deducible de \$1,632.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$408 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$816 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Después de superar los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p>	<p>Usted paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental prestados por médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.*</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0</p>	<p>Usted paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental prestados por médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.*</p> <p>Se requiere autorización.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Productos de venta libre (OTC)</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$155 por mes de productos de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p> <p>El beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$210 por mes de OTC elegibles. El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p> <p>El beneficio de OTC se combina con los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) para los miembros elegibles.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el espray nasal de naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare en sesiones individuales o grupales.*</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios psiquiátricos cubiertos por Medicare en sesiones individuales o grupales.*</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios especializados de salud mental cubiertos por Medicare en sesiones individuales o grupales.*</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios psiquiátricos cubiertos por Medicare en sesiones individuales o grupales.*</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Fuera de la red La atención de salud mental para pacientes externos <u>no</u> está cubierta.	
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.* Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.	Dentro y fuera de la red Usted paga un coseguro del 0% o 20% para servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o patología del habla/lenguaje por consulta.* Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de rehabilitación para pacientes externos (continuación)	Fuera de la red Los servicios de rehabilitación para pacientes externos <u>no</u> están cubiertos.	
Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 0% o 20% para cada consulta en el consultorio en los siguientes servicios*: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). • Servicios de proveedores especialistas. • Otros profesionales de atención médica. 	Dentro de la red Usted paga un coseguro del 0% o 20% para cada consulta en el consultorio en los siguientes servicios*: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores de atención primaria (PCP). Dentro y fuera de la red Usted paga un coseguro del 0% o 20% para cada consulta en el consultorio en los siguientes servicios*:

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)</p>	<p>Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico, <u>no</u> están cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de proveedores especialistas. • Otros profesionales de atención médica. <p>Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas por un enfermero practicante o un auxiliar médico directamente.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de podiatría: servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.*</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Los servicios de podiatría que cubre Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.*</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de podiatría: servicios de podiatría complementarios</p>	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red Los servicios de podiatría complementarios <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red No se requiere coseguro ni copago para los servicios de podiatría complementarios. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Dentro de la red En 2023, los montos para cada período de beneficios después de una internación cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son de \$0*, O BIEN: Días 1 a 20: \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$200.00 por día. Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Dentro de la red En 2024, los montos para cada período de beneficios después de una internación cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son de \$0*, O BIEN: Días 1 a 20: \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$204 por día. Día 101 en adelante: usted paga todos los costos. Se requiere autorización. *Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de OTC para cubrir determinados alimentos, comidas que se entregan a domicilio y ciertos pagos de servicios públicos como parte de la asignación mensual de OTC</p>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) recibirán un beneficio combinado de cobertura de productos de venta libre y medicamentos sin receta para cubrir determinados alimentos, comidas que se entregan a domicilio, ciertos pagos de servicios públicos y ayuda para alquiler/ hipoteca como parte de la asignación mensual de OTC.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</p>	<p>La cobertura combinada de OTC de hasta \$155 por mes estará disponible mensualmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>	<p>La cobertura combinada de OTC de \$210 por mes estará disponible mensualmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Comuníquese con el plan para obtener una lista completa de los artículos elegibles y una lista de redes de farmacias o comercios minoristas selectos.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de urgencia</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$60) por cada consulta*</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un coseguro.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$55) por cada consulta*</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección, usted no deberá pagar un coseguro.</p> <p>*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Atención de la vista: otros servicios cubiertos</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por: Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antejos, incluidos anteojos con receta o lentes de contacto. Máximo de \$100 por año calendario. 	<p>Usted paga un copago de \$0 por: Un examen de la vista de rutina para anteojos por año calendario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antejos, incluidos anteojos con receta o lentes de contacto. Máximo de \$350 por año calendario.

Sección 2.5: 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 de manera electrónica una copia de nuestra “Lista de medicamentos”.

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o el paso 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 sus medicamentos pasaron a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante del producto. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la más actualizada.

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 trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de sus costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Es posible que algunas de las informaciones descritas en esta sección no se apliquen a su caso.

Nota: Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de sus costos compartidos para los medicamentos de la Parte D. Es posible que algunas de las informaciones descritas en esta sección no se apliquen a su caso.

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 anexo separado que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low-Income Subsidy Rider o LIS Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto con el paquete, llame a Servicios para los Miembros y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Existen cuatro etapas de pago de los medicamentos. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos cubiertos de insulina ni la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas vacunas contra el herpes zóster, antitetánica y para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$505.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda adicional” que usted reciba. (Consulte el inserto aparte, “Cláusula LIS”, para conocer el monto de su deducible).</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto del deducible será de \$0.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</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 usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas; son sin costo para usted.</p> <p>Los costos de esta sección son para un suministro para un mes (30 días) si usted obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)* † Ω</p> <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p>	<p>Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días como máximo)* † Ω</p> <p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p>Nivel 1: según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación) Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o los medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>copago de \$0, o copago de \$1.45 copago de \$4.15, o 15% del costo o 25% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.30, o copago de \$10.35, o 15% del costo o 25% del costo.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>	<p>copago de \$0, o copago de \$1.55 copago de \$4.50, o 25% del costo.</p> <p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.20, o 25% del costo.</p> <p>* También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>Costo compartido de servicio de pedido por correo (suministro para 90 días como máximo) † Ω Durante la Etapa de cobertura inicial para: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.45 o copago de \$4.15, o 15% del costo o 25% del costo.</p>	<p>Costo compartido de servicio de pedido por correo (suministro para 90 días como máximo) † Ω Durante la Etapa de cobertura inicial para: Nivel 1: según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): copago de \$0, o copago de \$1.55, o copago de \$4.50, o 25% del costo.</p>

Aviso anual de cambios para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.30, o copago de \$10.35, o 15% del costo o 25% del costo.</p>	<p>Para todos los demás medicamentos: copago de \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.35, o 25% del costo.</p>
	<p>†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.</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</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</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p>	<p>compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no pagó su deducible.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no pagó su deducible.</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>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro 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 en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar de plan en 2024, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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), lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*, 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 un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 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 for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 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* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente 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 2024.

¿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.

Debido a que tiene Medicaid, es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- enero a marzo
- abril a junio
- julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024, 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 cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de Medicare para medicamentos con receta) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se muda a un hospital de atención a largo plazo, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento** o mudarse fuera de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). 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.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

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 ayudarle con sus preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HIICAP al (212) 602-4180 dentro de los distritos, o al 1-800-701-0501 fuera de los distritos. Puede obtener más información sobre el Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia sobre Seguros Médicos (HIICAP) de la Oficina para la Tercera Edad en su sitio web <https://aging.ny.gov/programs/medicare-and-health-insurance>.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de New York State Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116; los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare impactan en la obtención de su cobertura de New York State Medicaid.

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.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada “Subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda adicional” paga algunas de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Debido a que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 7 días a la semana, 24 horas al día.

- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- Otra opción es la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **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 pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte 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. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y condición del VIH, comprobante de ingresos bajos según lo definido por el estado y comprobante de estado de sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con

receta del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para 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 2024* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para 2024 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)*. 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. Verá una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en 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 en www.elderplan.org. Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (**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), durante 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). Dispone de información sobre el costo, la 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.

Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)*. 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) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3: Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información sobre Medicaid, puede llamar a la línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales) al 1-888-692-6116. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. También puede visitar https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.html.

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

Español (Spanish)

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información en otros idiomas

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

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

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, por teléfono o por fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

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

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

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

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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