

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

**Aviso anual de cambios para 2025**

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

En este documento, se describen 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*.

---

**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 para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.

- Piense cuánto gastará en las primas, los deducibles y el costo compartido.
  - Revise 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 y 2025 para verificar si alguno de estos medicamentos se está mudando a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluso las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
  - Verifique 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. Use 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 el reverso del manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 2025)*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

- 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 2024, 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 2025**. Esto finalizará su inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP).
- Consulte la Sección 3.2, página 62, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si recientemente se mudó a o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), 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 por dos meses completos a partir del mes en el que se mudó.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible en español y chino gratuitamente.

- Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Esta 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 (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://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) durante el 2026 sobre la base de una revisión del Modelo de atención de Elderplan.
  - Cuando 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\_EPS17717\_M

***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>22</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	22
Sección 1.2: Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	23
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	25
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	26
Sección 1.5: Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....	57
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....</b>	<b>69</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir .....</b>	<b>70</b>
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)..	70
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan .....	71

**Aviso anual de cambios para 2025 de Elderplan  
for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) 7**

---

<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>72</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid .....</b>	<b>74</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>76</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>Preguntas .....</b>	<b>79</b>
	Sección 7.1: Cómo recibir ayuda de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP) .....	79
	Sección 7.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	81
	Sección 7.3: Cómo recibir ayuda de Medicaid .....	82

**Resumen de costos importantes para 2025**

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 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.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0 o \$33.90 para su prima de la Parte D.	\$0 o \$31.30 para su prima de la Parte D.
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener información.		



<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Deducible de la Parte B</b>	El deducible de la Parte B es de \$240. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.	El deducible de la Parte B es de \$257. Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Consultas de atención primaria: usted paga un coseguro del 0% o 20% por consulta.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Consultas de atención primaria: usted paga un coseguro del 0% o 20% por consulta.</p> <p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Consultas en el consultorio del médico (continuación)</b></p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b> Consultas con un especialista: Usted paga un coseguro del 0% o 20% por consulta.  Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red</b> Consultas con un especialista: Usted paga un coseguro del 0% o 20% por consulta  Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por consulta.  No hay cambios para 2025.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      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 día de reserva de por vida.                      Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O un deducible de \$1,676.                      Días 1 a 60: copago de \$0 por día.                      Días 61 a 90: copago de \$419 por día.                      Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida.                      Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</b>	<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>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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</b></p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener información).</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$545, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Durante la Etapa de cobertura inicial:</p>	<p>Deducible: el deducible de la Parte D es de \$590, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>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>Costo compartido minorista estándar (Dentro de la red)</b> (Suministro de 90 días como máximo) * † Ω Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente: <b>Nivel 1:</b> Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (Dentro de la red)</b> (Suministro de 90 días como máximo) * † Ω Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente: <b>Nivel 1:</b> Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</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>Para los medicamentos genéricos</b> (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> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      copago de \$0 o copago de \$4.60 o copago de \$11.20 o 25% del costo.</p>	<p><b>Para los medicamentos genéricos</b> (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):                      copago de \$0 o copago de \$1.60 o copago de \$4.90 o 25% del costo.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      copago de \$0 o copago de \$4.80 o copago de \$12.15 o 25% del costo.</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>*También está disponible un suministro de 60 días para el costo minorista estándar.</p> <p><b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) † Ω</b> durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b></p> <p>según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>	<p>*También está disponible un suministro de 60 días para el costo minorista estándar.</p> <p><b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) † Ω</b> durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b></p> <p>según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<p><b>Para los medicamentos genéricos</b> (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> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      copago de \$0 o copago de \$4.60 o copago de \$11.35 o 25% del costo.</p>	<p><b>Para los medicamentos genéricos</b> (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):                      Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$4.90 o 25% del costo.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      copago de \$0 o copago de \$4.80 o copago de \$12.15 o 25% del costo.</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 de 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro de 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 de 30 días como máximo por surtido.</p> <p>Ω: no pagará más de \$35 por un suministro de 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>
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b>	<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. No paga nada.</li></ul>	<p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li></ul>

<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 combinados dentro de la red y fuera de la red. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información).</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b> \$8,850</p> <p>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><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b> \$9,350</p> <p>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 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**

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

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Prima mensual</b></p> <p>(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid).</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>	<p>\$0 o \$31.30 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 1.2: Cambios en el monto máximo que paga  
de su bolsillo**

---

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo por el año. Este límite se denomina 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></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo.</b></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 de gastos no cubiertos por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b></p> <p>\$8,850</p>	<p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b></p> <p>\$9,350</p>



Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo. (continuación)</b></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>	<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 sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>Una vez que haya pagado \$9,350 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 sus 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 medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtiene en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en [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 enviaremos 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 de 2025 en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etcétera) 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 las 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 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**

---

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

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

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales: servicios de diagnóstico y preventivos suplementarios</b></p>	<p><b>Servicios dentales preventivos suplementarios</b></p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b></p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios 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 suplementarios:</p> <p><u>Servicios de exámenes bucales:</u> Los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>	<p><b>Servicios preventivos y de diagnóstico suplementarios</b></p> <p><b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b></p> <p>La cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios 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 suplementarios:</p> <p><u>Servicios de exámenes bucales:</u> Los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales: servicios de diagnóstico y preventivos suplementarios (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes bucales limitados: 1 por mes</li> <li>● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses</li> </ul> <p><u>Servicios de radiografías dentales:</u> Los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Radiografías dentales: 1 cada 6 meses</li> <li>● Serie completa de radiografías dentales: 1 cada 36 meses</li> <li>● Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses</li> <li>● Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exámenes bucales limitados: 1 por mes</li> <li>● Exámenes bucales: 1 cada 6 meses</li> </ul> <p><u>Servicios de radiografías dentales:</u> Los códigos selectos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Radiografías dentales: 1 cada 6 meses y 1 cada 12 meses</li> <li>● Radiografías dentales: 1 cada 36 meses</li> <li>● Placa panorámica y cefalométrica: 1 cada 36 meses</li> <li>● Imágenes fotográficas orales/faciales: 2 cada 6 meses</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales: servicios de diagnóstico y preventivos suplementarios (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías dentales: los códigos selectos están cubiertos sin limitación de frecuencia. Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías dentales: 2 cada 12 meses</li> <li>• Radiografías dentales: los códigos selectos están cubiertos sin limitación de frecuencia.</li> </ul>
	<p><u>Cuidado preventivo (limpiezas):</u></p>	<p><u>Cuidado preventivo (limpiezas):</u></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiezas (profilaxis): 1 cada 6 meses</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u></li> </ul>	<p><u>Otros servicios dentales de diagnóstico:</u></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los códigos selectos están cubiertos sin limitación de frecuencia.</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios dentales: servicios de diagnóstico y preventivos suplementarios (continuación)</b>	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales</b></p>	<p><b>Servicios dentales integrales suplementarios:</b>  <b>Dentro de la red y fuera de la red combinada</b>                      La cobertura de servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación, con una asignación de \$1,500 por año.</p> <p>Los dentales preventivos no se aplican para el máximo anual dentro de la red y fuera de la red combinados.</p>	<p><b>Servicios dentales integrales suplementarios:</b>  <b>Dentro de la red y fuera de la red combinados</b>                      No <u>hay límite</u> anual de beneficios.</p> <p>La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b>	<p data-bbox="560 405 938 835">Luego de agotar los \$1,500 anuales del límite de beneficios de la combinación dentro de la red y fuera de la red, el miembro deberá pagar el costo total.</p> <p data-bbox="560 930 967 1297">La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la ADA a 1 servicio por diente/por arco/por cuadrante.</p>	



Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b>	<u>Servicios de restauración:</u> Códigos selectos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos por un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul>	<u>Servicios de restauración:</u> Códigos selectos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 24 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> <li>• Copago de \$0/2 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul>
	<u>Servicios de endodoncia:</u> Códigos selectos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 por vida.</li> </ul>	<u>Servicios de endodoncia:</u> Códigos selectos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 por vida.</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b></p>	<p><u>Servicios de periodoncia:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 36 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul> <p><u>Servicios de periodoncia:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 6 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/ 1 cada 24 meses</li> <li>• Copago de \$0/ 1 cada 36 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b></p>	<p><u>Prostodoncia - extraíble:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul> <p><u>Prostodoncia - extraíble:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/2 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/4 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 24 meses</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b></p>	<p><u>Servicios maxilofaciales protésicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul> <p><u>Servicios de implantes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<p><u>Servicios maxilofaciales protésicos:</u></p> <p>Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/2 cada 12 meses</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul> <p><u>Servicios de implantes:</u></p> <p>Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 24 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 8 años</li> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b></p>	<p><u>Prostodoncia, servicios fijos:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> </ul> <p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> Códigos selectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul> <p><u>Prostodoncia, servicios fijos:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 24 meses</li> </ul> <p><u>Cirugía bucal y maxilofacial:</u> Códigos selectos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/1 cada 24 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 60 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 por vida</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales: servicios dentales integrales (continuación)</b></p>	<p><u>Servicios generales suplementarios:</u></p>	<p><u>Servicios generales suplementarios:</u> Códigos selectos:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0/2 por vida</li> <li>• Copago de \$0/3 por vida</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 6 meses</li> <li>• Copago de \$0/1 cada 12 meses</li> <li>• Copago de \$0/ 2 cada 12 meses</li> <li>• Los códigos selectos están cubiertos con un copago de \$0 sin limitación de frecuencia.</li> </ul>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Equipos médicos duraderos y suministros relacionados</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga un coseguro del 0% o 20% por equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados cubiertos por Medicare.*</p> <p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga un coseguro del 0% o 20% por DME y suministros relacionados cubiertos por Medicare.*</p> <p>La autorización solo se requiere para ciertos artículos que son similares, pero no están limitados a equipos o artículos de alto costo, motorizados y personalizados.</p>

<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>*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 copago de \$0 para monitores y suministros continuos de glucosa libre disponibles en las farmacias participantes. 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>



<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Atención de emergencia</b>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$100) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta 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>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$110) por cada consulta en la sala de emergencias cubierta 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>

**El deducible  
combinado  
dentro de la red  
Se aplica a los  
siguientes  
servicios:**

Servicios de  
rehabilitación  
cardíaca, servicios  
intensivos de  
rehabilitación  
cardíaca, servicios de  
rehabilitación  
pulmonar, servicios  
de terapia de  
ejercicios con  
supervisión (SET)  
para enfermedad  
arterial periférica  
(PAD),  
hospitalización  
parcial, servicios de  
atención de la salud  
en el hogar, servicios  
de médicos de  
atención primaria,  
servicios de  
quiropáticos,  
servicios de terapia  
ocupacional,  
servicios de  
especialistas  
médicos, servicios  
especializados de  
salud mental,

Servicios de  
rehabilitación  
cardíaca, servicios  
intensivos de  
rehabilitación  
cardíaca, servicios de  
rehabilitación  
pulmonar, servicios  
de terapia de  
ejercicios con  
supervisión (SET)  
para enfermedad  
arterial periférica  
(PAD),  
hospitalización  
parcial, servicios de  
atención de la salud  
en el hogar, servicios  
de médicos de  
atención primaria,  
servicios de  
quiropáticos,  
servicios de terapia  
ocupacional,  
servicios de  
especialistas  
médicos, servicios  
especializados de  
salud mental,

**El deducible  
combinado  
dentro de la red  
se aplica a los  
siguientes  
servicios:  
(continuación)**

servicios de sesiones individuales y grupales, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, Servicios de psiquiatría, sesiones individuales y grupales; Servicios de patología del habla y del lenguaje, fisioterapia y patología del habla y del lenguaje; Servicios adicionales de telesalud; Servicios de procedimientos/exámenes/laboratorio de diagnóstico; Servicios de radiología terapéutica; Servicios de radiografías para pacientes externos; Servicios hospitalarios para pacientes externos;

servicios de sesiones individuales y grupales, servicios de podiatría, otros profesionales de atención médica, Servicios de psiquiatría, sesiones individuales y grupales; Servicios de patología del habla y del lenguaje, fisioterapia y patología del habla y del lenguaje; Servicios adicionales de telesalud; Servicios de procedimientos/exámenes/laboratorio de diagnóstico; Servicios de radiología terapéutica; Servicios de radiografías para pacientes externos; Servicios hospitalarios para pacientes externos;

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>El deducible combinado dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: (continuación)</b>	Servicios de observación; Centro quirúrgico ambulatorio (ASC) Servicios; Sesiones individuales y grupales por abuso de sustancias para pacientes externos; Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos; Servicios de ambulancia terrestre; Servicios de ambulancia aérea; Equipo médico duradero (DME); Dispositivos protésicos/suministros médicos; Servicios de diálisis; Servicios educativos sobre la enfermedad renal;	Servicios de observación; Centro quirúrgico ambulatorio (ASC) Servicios; Sesiones individuales y grupales por abuso de sustancias para pacientes externos; Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos; Servicios de ambulancia terrestre; Servicios de ambulancia aérea; Dispositivos protésicos/suministros médicos; Servicios de diálisis; Servicios educativos sobre la enfermedad renal; Prueba de detección de glaucoma; Capacitación para el autocontrol de la diabetes.

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>El deducible combinado dentro de la red se aplica a los siguientes servicios: (continuación)</b>	Prueba de detección de glaucoma; Capacitación para el autocontrol de la diabetes.	

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Hospitalizaciones para pacientes internados</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>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 día de reserva de por vida. Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$419 por día. Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Hospitalizaciones para pacientes internados (continuación)</b>	<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>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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>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 día de reserva de por vida. Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>En 2025, los montos para cada período de beneficios son de \$0* O un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$419 por día. Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>



<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)</b>	<p>Usted paga el 0% o 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de 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 que reciba de 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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga un coseguro del 0% o 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. *</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos con 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>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga un coseguro del 0% o 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. *</p> <p>Usted paga hasta \$35 por los medicamentos con 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> <p>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.	*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a continuación de Medicaid, usted paga \$0.
<b>Productos de venta libre (OTC)</b>	<p>Usted puede comprar hasta \$210 por mes de productos OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente mes.</p>	<p>Usted puede comprar hasta \$660 por trimestre de productos OTC elegibles.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en: enero, abril, julio y octubre.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Productos de venta libre (OTC) (continuación)</b>	<p>Para los miembros elegibles, el beneficio de productos OTC se combina con los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI).</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>	<p>Para los miembros elegibles, el beneficio de productos OTC se combina con los SSBCI.</p> <p>El beneficio de OTC cubre pruebas de COVID 19 y el spray nasal Naloxona en algunas farmacias o comercios minoristas.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>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:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$204 por día</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p> <p>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><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>En 2025, los montos para cada período de beneficios después de una internación cubierta por Medicare de 3 días como mínimo son de \$0*, O BIEN:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$209.50 por día</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los 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>	<p>No se requiere coseguro ni copago para los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Los miembros elegibles para los 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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (continuación)</b>	<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>	<p>La cobertura combinada de OTC de \$660 estará disponible trimestralmente. Los beneficios que no se utilicen no se transferirán al siguiente período.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios se distribuyen en: Enero, abril, julio y octubre.</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>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Servicios de urgencia</b>	<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>	<p>Usted paga un coseguro del 0% o 20% (hasta \$45) 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>



---

**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 de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o mudarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año próximo 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 son nuevos cuando comienza cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para proporcionar la lista más actualizada de los medicamentos. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un 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 solicitar 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.

Actualmente podemos quitar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica de medicamentos con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca reemplazado. Además, cuando agreguemos un nuevo genérico, también podemos decidir conservar el medicamento de marca en la Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregaremos restricciones nuevas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no le avisemos del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no pueda obtener el suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, seguirá recibiendo información sobre los cambios específicos que realizamos, pero es posible que llegue después de realizar el cambio.

Algunos de estos medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de 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 más información a su proveedor de atención médica, a la persona que le receta o al farmacéutico.

**Cambios en los beneficios y 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 ciertas partes de la información descrita en esta sección no se aplique a su caso. **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 inserto separado 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 recibió este inserto con 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 existe en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuentos durante el período sin cobertura también será reemplazado por el Programa de descuentos del fabricante. En el Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una Parte Del costo total del plan por los medicamentos de marca y los productos 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 los costos que paga de su 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></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a las vacunas de insulina y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos cubiertas, incluidas vacunas para viajes, contra el herpes zóster y el tétano.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.</p>	<p>El deducible es de \$590.</p> <p>Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos con receta, el monto de su deducible será de \$0.</p>

**Cambios en sus 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>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (Dentro de la red) (suministro de 90 días como máximo) *† Ω</b></p> <p>Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p>	<p><b>Costo compartido minorista estándar (Dentro de la red) (suministro de 90 días como máximo) *† Ω</b></p> <p>Su costo por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costo compartido estándar para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b></p> <p>Según su “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</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><b>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$1.55 o                      Copago de \$4.50 o                      25% del costo.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$4.60 o                      Copago de \$11.20 o                      25% del costo.</p> <p>*También está disponible un suministro de 60 días para el costo minorista estándar.</p>	<p><b>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$1.60 o                      Copago de \$4.90 o                      25% del costo.</p> <p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$4.80 o                      Copago de \$12.15 o                      25% del costo.</p> <p>*También está disponible un suministro de 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><b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) *† Ω</b> durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b> según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</b> Copago de \$0 o Copago de \$1.55 o Copago de \$4.50 o 25% del costo.</p>	<p><b>Costo compartido de pedido por correo (suministro de 90 días como máximo) *† Ω</b> durante la Etapa de cobertura inicial para lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1:</b> según su nivel de “Ayuda adicional”, usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):</b> Copago de \$0 o Copago de \$1.60 o Copago de \$4.90 o 25% del costo.</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><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$4.60 o                      Copago de \$11.20 o                      25% del costo.                      †NDS: suministro no extendido.                      Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro de 30 días como máximo por surtido.</p>	<p><b>Para todos los demás medicamentos:</b>                      Copago de \$0 o                      Copago de \$4.80 o                      Copago de \$12.15 o                      25% del costo.                      †NDS: suministro no extendido.                      Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro de 30 días como máximo por surtido.</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><b>Ω</b> – no pagará más de \$35 por un suministro de 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> <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><b>Ω</b> – no pagará más de \$35 por un suministro de 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> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los 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 de marca y los productos 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 los gastos no cubiertos.

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**

<b>Descripción</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare</b>	No corresponde	El plan de pago 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 los <b>pagos mensuales que varían durante el año</b> (enero a diciembre).

<b>Descripción</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (continuación)</b>		Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 866-490-2102 (TTY: 711) o visite <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a> .

### **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 para 2025, siga estos pasos:

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

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O bien* puede cambiar a Original Medicare. Si se 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 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 un plan de salud de Medicare diferente, insíbase 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* comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pida que cancelen 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 Plazo para el cambio de plan**

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare 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.

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos los siguientes:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025, y no le gusta el plan que eligió, también 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 2025.

Si recientemente se mudó a o actualmente vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de 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 por dos meses completos a partir del mes en el que se mudó.

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

El 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 **en 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 HIICAP de la Oficina para las Personas de Edad Avanzada en su sitio web (<https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-programs>).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid del estado de New York, 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 a.m. a 5 p.m. Pregunte cómo la inscripción en otro plan o el regreso a Original Medicare afectan la obtención de su cobertura de Medicaid del estado de New York.

## **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 tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también denominada Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de las primas anuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Debido a que reúne los requisitos, no tendrá una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a 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 conseguir 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.** 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 condición 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.

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

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y el ADAP, para aquellos que califican, es más ventajoso que la participación 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 866-490-2102 (TTY: 711) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

**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 servicios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura para 2025 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. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* 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*.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org). Recuerde que en nuestro sitio web puede encontrar información más actualizada acerca de 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](http://www.medicare.gov)). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las Calificaciones de calidad con estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar información sobre los planes, consulte [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

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

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y Usted 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), 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 recibir 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 a.m. a 5 p.m. También puede visitar <https://www.nyc.gov/site/hra/help/health-assistance.page>

Para el Departamento Local del Departamento Local del Estado de New York, consulte [https://www.health.ny.gov/health\\_care/medicaid/ldss.htm](https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm)

**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 o sexo. Elderplan, Inc. no excluye personas ni las trata diferentemente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Elderplan/HomeFirst hace lo siguiente:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - 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 calificados
  - 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 por motivos de 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 o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Coordinador de derechos civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., 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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Español:** Tenemos servicios de intérpretes 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.

**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1-800-353-3765 (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。

**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 1-800-353-3765 (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。

**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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog.

**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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Árabe:** 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. (TTY: 711) 1-800-353-3765 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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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.

**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 1-800-353-3765 (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 1-800-353-3765 (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、1-800-353-3765 (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。

**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 1-800-353-3765 (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।

**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 1-800-353-3765 (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 . 1-800-353-3765 (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) 1-800-353-3765 خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔