

2024



Resumen de beneficios

Centers Plan for Dual Coverage
Care (HMO D-SNP)



CENTERS PLAN
FOR HEALTHY
LIVING

Resumen de beneficios para 2024

Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

1 de Enero de 2024 - 31 de Diciembre de 2024

H6988, Plan 002

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en el Estado de New York:



Hudson Valley
Rockland
Condado

Long Island
Nassau
County
(Condado
de Nassau)

Ciudad de New York
Bronx, Kings (Brooklyn),
Condados de New York
(Manhattan), Queens y
Richmond (Staten Island)



Puede contactar a **Servicios al Miembro** por:

TELÉFONO

1-877-940-9330
(Los usuarios de TTY deben
llamar al 711)
Los siete días de la semana,
de 8 a. m. a 8 p. m.

SITIO WEB

www.centersplan.com/dsnp

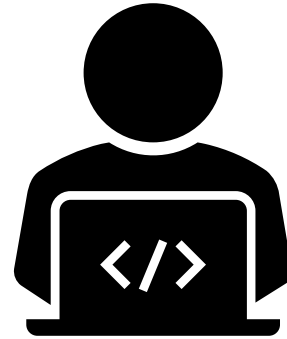
CORREO
ELECTRÓNICO

MemberServices@centersplan.com

CORREO

Centers Plan for Healthy Living
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304

Comuníquese con Servicios al Miembro si desea esta información en letra grande, braille o español. Servicios al Miembro también cuenta con servicios de interpretación gratuitos, disponibles para personas que no hablen inglés.



H6988-002_CY24SB_M

EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD



Cuando en este folleto lea “nosotros”, “nos”, o “nuestro”, se refiere a Centers Plan for Healthy Living, LLC. Cuando indica “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a **Centers Plan for Dual Coverage Care**.



Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP) es una HMO con un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en el plan Centers Plan for Dual Coverage Care depende de la renovación del contrato. Este plan también tiene un contrato escrito con el programa Medicaid del Estado de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.



Este es un resumen de los servicios de salud que cubre nuestro plan. La información de beneficios provista no enumera todos los servicios que cubrimos, limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, llame a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar la *Evidencia de cobertura*, o acceda a ella en línea en www.centersplan.com/dsnp.



Centers Plan for Dual Coverage Care tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no estén en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios. Puede consultar los *Directorios de proveedores/farmacias* y *Evidencia de cobertura* de nuestro plan en www.centersplan.com/dsnp. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del directorio.

EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD



Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no estén en nuestra red, es posible que no paguemos por los servicios que usted recibe. Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que necesite una remisión y/o autorización para obtener algunos tipos de atención.



Los directorios de proveedores y farmacias del plan están disponibles en nuestro sitio de internet en www.centersplan.com/dsnp. Comuníquese con nosotros para solicitar copias impresas de los directorios.



Para información sobre las coberturas y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual “**Medicare y Usted**”. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las siete horas al día, los 24 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

ELEGIBILIDAD

Centers Plan for Dual Coverage Care es un “Plan para Necesidades Especiales” o “SNP” de Medicare Advantage, lo que significa que sus beneficios, proveedores y formularios de medicamentos (por ejemplo, lista de medicamentos) están diseñados para satisfacer mejor las necesidades de personas con afecciones o características médicas específicas.

El programa Medicaid de New York provee cobertura médica a los neoyorquinos de bajos ingresos de New York. Medicaid paga una amplia gama de servicios, según su edad, recursos financieros, situación familiar y condiciones de vivienda.

Centers Plan for Dual Coverage Care atiende a personas que tienen derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de Medicaid del estado de New York.

Para unirse a **Centers Plan for Dual Coverage Care**, usted debe:

- Estar inscrito en las Partes A (seguro hospitalario), B (seguro médico) y D (seguro de medicamentos recetados) de Medicare.
- Ser elegible para el programa Medicaid del Estado de New York O elegible para Medicare y asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid
- Vivir dentro de nuestra área de servicio: Condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Rockland

PRIMAS Y DEDUCIBLES

Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como primas, deducibles y copagos. La Ayuda Adicional también se denomina “Subsidio por bajos ingresos” (Low-Income Subsidy, LIS). Los copagos de sus medicamentos recetados en nuestro plan ya incluyen la cantidad de Ayuda Adicional para la que califica. Para más información sobre el programa Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Estas llamadas son gratuitas.

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Prima del plan mensual	La prima es la cantidad que se debe pagar por su seguro o plan de salud. Usted y/o su empleador generalmente la pagan mensual, trimestral o anualmente.	\$48.70 al mes por sus primas médicas (Parte C) y de medicamentos recetados (Parte D) combinadas	Debe continuar pagando su cuota de Medicare Parte B, excepto que esta cuota sea cubierta por Medicaid o algún tercero.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Deducible	El deducible es el monto que paga durante un período de cobertura (generalmente un año) por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan comience a pagar.	<p>\$0 o \$226¹ por año para su deducible médico (Parte B)</p> <p>\$1,600¹ por período de beneficios para servicios hospitalarios como paciente hospitalizado</p> <p>\$1,600¹ por período de beneficios para servicios psiquiátricos hospitalarios como paciente hospitalizado</p>	<p>El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional o asistencia de Medicaid.</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el día en que es hospitalizado y termina cuando no haya recibido ninguna atención médica de hospitalización durante 60 días consecutivos.</p>

¹ Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar en 2024. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Deducible (cont.)		\$0 o \$545 por año para su deducible de medicamentos recetados (Parte D)	No hay deducible por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Monto máximo de costos de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) Responsabilidad	El límite de gastos de bolsillo (también conocido como responsabilidad máxima de gastos de bolsillo) es lo máximo que podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte de los costos de los servicios cubiertos.	No más de \$8,850 anualmente	Su límite de gastos de bolsillo no incluye los costos de medicamentos recetados de la Parte D.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
<p>Monto máximo de costos de bolsillo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) Responsabilidad (cont.)</p>	<p>Después de alcanzar este límite, el plan generalmente pagará el 100 % del monto permitido. Este límite lo ayuda a planificar los costos de atención médica.</p>		

SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR MEDICARE Y SUS COSTOS

Tenga en cuenta que los servicios marcados con un * son beneficios complementarios cubiertos por nuestro plan.

Si necesita cuidado hospitalario

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura de hospitalización	Por cada período de beneficios ² : <ul style="list-style-type: none">• Deducible de \$1,600• \$0 por los días 1 al 60• \$400 por día, desde el día 61 hasta el día 90• \$800 por cada uno de los 60 días de reserva vitalicia• Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos	<p><i>Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar en 2024.</i></p> <p><i>Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i></p> <p>Se requiere autorización</p>

² Un periodo de beneficios comienza el día en que es hospitalizado y termina cuando no haya recibido ninguna atención médica de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios.

Si necesita cuidado hospitalario (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios, incluyendo servicios de observación	\$0 o coaseguro del 20 %	La cobertura de sangre completa y concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. Se exonera el deducible de tres (3) pintas. Se requiere autorización
Centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgery Center, ASC)	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización

Si necesita consultar a un médico

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Consulta con su proveedor de atención primaria (PCP)	\$0 o coaseguro del 20 % por consulta	
Consulta con un especialista	\$0 o coaseguro del 20 % por consulta	
Atención preventiva, como exámenes de detección, vacunas y consultas de bienestar	\$0	<p>Es posible que se requiera autorización para algunos servicios de atención preventiva.</p> <p>Mensaje importante sobre el pago por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios al Miembro para obtener más información.</p>

Si necesita atención médica de inmediato

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Atención de emergencia	<p>\$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de \$90 por la atención recibida en los Estados Unidos</p> <p>\$0 por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo</p>	<p>Si es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar la parte del costo que le corresponde por los cuidados de emergencia.</p> <p>El monto máximo de beneficios en la cobertura internacional es de \$25,000.</p>
Servicios requeridos con urgencia	<p>\$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de \$55</p>	<p>Si usted es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, no tendrá que pagar la parte que le corresponde por los servicios requeridos con urgencia. Los servicios requeridos con urgencia están únicamente cubiertos en de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

Si necesita exámenes médicos

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Servicios de laboratorio	\$0	Se requiere autorización
Radiología de diagnóstico, tales como IRM y TC	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Servicios de radiología terapéutica, como el tratamiento de radiación contra el cáncer	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Radiografías	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización

Si necesita servicios de audición / audiológicos

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de audición (Audiencia diagnóstica y evaluaciones de saldo)	\$0 o coaseguro del 20 %	
Examen auditivo de rutina*	\$0	Cubrimos un examen auditivo de rutina al año.
Evaluación/Ajuste de aparato auditivo*	\$0	Cubrimos un ajuste/evaluación de aparatos auditivos cada tres (3) años
Aparatos auditivos*	\$0	Pagamos hasta \$1,000, por oído, cada tres (3) años para aparatos auditivos.

Si necesita atención odontológica

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios odontológicos de la Parte A de Medicare	Coaseguro del 20 %	Al igual que la Parte A de Medicare (seguro de hospital), cubrimos ciertos servicios odontológicos que recibe cuando está en un hospital y estadías en el hospital si necesita someterse a procedimientos odontológicos complicados o de emergencia.
Servicios odontológicos preventivos*	\$0	Cubrimos cada servicio una vez cada seis meses: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza dental (profilaxis) • Radiografías odontológicas • Los tratamientos de fluoruro • Examen bucal
Servicios odontológicos integrales*	\$0	Los servicios odontológicos integrales están limitados a \$2,000 por año. Cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • Coronas y postes (una vez cada 60 meses por diente) • Dentadura postiza (una vez cada 36 meses) • Reparaciones de dentadura postiza (una vez cada 12 meses)

Si necesita atención odontológica (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios odontológicos integrales* (cont.)		<ul style="list-style-type: none"> • Endodoncia, como tratamiento de canal radicular (una vez de por vida por diente) • Extracciones (1 de por vida, por diente) • Rellenos (una vez cada 24 meses por diente) • Gingivectomías (una vez cada 36 meses por cuadrante) • Guardas oclusales, tales como guardas nocturnas (una cada 12 meses) • Mantenimiento periodontal (una vez cada seis meses) • Servicios de prostodoncia (uno cada 36 meses por arco) • Raspado (una vez cada seis meses por cuadrante)

Si necesita atención oftalmológica

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Examen oftalmológico de rutina*	\$0	Cubrimos un examen oftalmológico de rutina al año.
Anteojos*	Cualquier costo por anteojos por encima de \$200 por año	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos hasta \$200 por año para anteojos o lentes de contacto. • Los anteojos están limitados a un par de anteojos (lentes y monturas) por año.
Servicios de salud ocular de la Parte B de Medicare	\$0 o coaseguro del 20 %	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos ciertos exámenes y tratamientos para condiciones específicas.
Anteojos para condiciones específicas	\$0	Cubrimos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que implanta una lente intraocular.

Si necesita servicios de salud mental

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	<p>Por cada período de beneficios³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,600 • \$0 por los días 1 al 60 • \$400 por los días 61 al 90 • \$800 por cada uno de los 60 días de reserva vitalicia • Más allá de los días de reserva vitalicia, usted paga todos los costos • Coaseguro de 20% por servicios de salud mental 	<p><i>Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar en 2024. Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i></p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>

³ Un periodo de beneficio comienza el día en que es hospitalizado y termina cuando no haya recibido ninguna atención médica de hospitalización durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital después de que un periodo de beneficios ha finalizado, comenzará un nuevo periodo de beneficios.

Si necesita servicios de salud mental (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (cont.)	que reciba de médicos y otros proveedores de atención médica mientras está hospitalizado	
Terapia para pacientes ambulatorios	Coaseguro de \$0 o 20% por sesión individual o grupal	Se requiere remisión para servicios psiquiátricos

Si necesita servicios de rehabilitación o terapéuticos

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Cuidado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Por cada período de beneficios ⁴ : <ul style="list-style-type: none"> • \$0 desde el día 1 al 20 • Copago de \$200 por día, desde el día 21 hasta el día 100 • Todos los costos por cada día después del día 100 del período de beneficio. 	<p><i>Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar en 2024.</i></p> <p><i>Proporcionaremos las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</i></p> <p>No se requiere una estadía calificada de 3 días en un hospital.</p> <p style="text-align: center;">Se requiere autorización</p>
Fisioterapia, terapia ocupacional y/o del habla	\$0 o coaseguro del 20 % por consulta	Se requiere autorización

⁴ El período de beneficio finaliza cuando no haya recibido atención especializada en un SNF (hasta 100 días) durante 60 días seguidos. Si ingresa a un SNF después de que un período de beneficios finalizó, comenzará un nuevo período de beneficios.

Si necesita transporte

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Ambulancia	\$0 o coaseguro del 20 % por viaje	Si usted es ingresado en el hospital dentro de las 24 horas, no tendrá que pagar su parte del costo por los servicios de ambulancia. Se requiere autorización para los servicios que no son de emergencia.
Transporte por razones médicas que no son de emergencia (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT)*	\$0	Cubrimos diez (10) viajes de ida cada tres (3) meses a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en autobús, metro, camioneta o transporte médico. Se requiere autorización

Si necesita medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (es decir, medicamentos que obtendría en el consultorio de un médico o en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Medicamentos de la parte B de Medicare	Coaseguro del 0 % al 20 % para todos los medicamentos recetados de la Parte B cubiertos por Medicare Usted no paga más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina de la Parte B cubierto por nuestro plan.	Al igual que la Parte B de Medicare (seguro médico), cubrimos una cantidad limitada de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios bajo ciertas condiciones, como los que obtiene en el consultorio de un médico o en un hospital para pacientes ambulatorios. Se requiere autorización

ETAPAS DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS Y SUS COSTOS

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Deducible (Etapa 1)	El deducible es el monto que paga durante un período de cobertura (generalmente un año) por los medicamentos recetados antes de que su plan comience a pagar.	Su deducible de medicamentos recetados (Parte D) es de \$0 o \$545 por año.	Su monto de deducible depende del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Consulte el encarte separado, la “Cláusula LIS”, para ver el monto de su deducible).

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
<p>Fase de cobertura inicial (Etapa 2)</p>	<p>La Fase de Cobertura Inicial es la etapa que comienza cuando obtiene su primera receta y finaliza cuando los costos totales de medicamentos recetados del año hasta la fecha alcanzan el umbral de la fase.</p>	<p>Durante esta etapa, por los medicamentos recetados, usted paga un copago de \$0, \$1.55, \$4.50 o no más del 25 % de coaseguro por receta.</p> <p>Por todos los demás medicamentos, usted paga un copago de \$0, \$4.60, \$11.20 o no más del 25 % de coaseguro por medicamento recetado.</p> <p>Usted paga no más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto.</p>	<p>El costo compartido se basa en su nivel de Ayuda Adicional o asistencia de Medicaid.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted avanzará a la siguiente etapa (Etapa de transición de cobertura).</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Brecha en la cobertura (Etapa 3)	La Brecha en la cobertura es un período de tiempo en el que paga un costo compartido más alto por los medicamentos recetados hasta que gasta lo suficiente para calificar para la Cobertura catastrófica. La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha en la cobertura (también llamada "el agujero de la rosquilla").	Cuando usted está en la Etapa de transición de cobertura, el Programa de descuento para la transición de cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante para los medicamentos de marca. Usted paga 25% del precio negociado y una porción de la cuota de surtido por medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto que descuenta el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si los hubiera pagado y	Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos anuales de bolsillo alcancen \$8,000. Una vez que alcance este monto, abandonará la Etapa de transición de cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Medicare tiene normas que determinan qué cuenta y qué no cuenta como costos de bolsillo.

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Brecha en la cobertura (Etapa 3) (cont.)		se pueden pasar a la brecha en la cobertura. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que usted paga cuenta y le ayuda a salir de la transición de cobertura.	

RESUMEN DE BENEFICIOS PARA 2024 –
Centers Plan for Dual Coverage Care (HMO D-SNP)

Término del seguro médico	Definición	Sus costos	Limitaciones, excepciones y otra información
Cobertura catastrófica (Etapa 4)	La Cobertura catastrófica es una fase diseñada para protegerlo de tener que pagar costos de bolsillo muy altos por medicamentos recetados. Por lo general, comienza después de que haya gastado una cantidad predeterminada en su atención médica.	Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D (es decir, pagaremos el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D).	Usted ingresa a esta etapa cuando sus costos de bolsillo totales del año hasta la fecha superan los \$8,000.

SERVICIOS DE SALUD ADICIONALES Y SUS COSTOS

Si necesita servicios adicionales

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Acupuntura para dolor lumbar crónico	\$0 o coaseguro del 20 % por consulta hasta un máximo de 12 consultas en 90 días por dolor lumbar crónico. Medicare cubre 8 consultas adicionales si se demuestra que se logró una mejoría, con un límite anual de 20 consultas.	La acupuntura cubierta por Medicare solo está cubierta en determinadas circunstancias. Se requiere autorización para las consultas 13 a 20
Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar	\$0 o coaseguro del 20 %	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. Se requiere autorización
Atención quiropráctica	\$0 o coaseguro del 20 % por la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación, que es cuando uno o más de los huesos de la columna se desplazan de su posición	Cubrimos servicios cubiertos por Medicare. Requieren autorización y remisión

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Capacitación de autocontrol de la diabetes	\$0	Se requiere autorización
Los insumos y servicios para la diabetes	\$0	<p>Cubrimos los suministros para diabéticos y los zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare. Se aplican límites de cantidad a los insumos para diabéticos que no son de la Parte D:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si usted usa insulina, cubrimos hasta 150 tiras reactivas y 150 lancetas cada 30 días. • Si usted no usa insulina, cubrimos hasta 100 tiras reactivas y 100 lancetas cada 90 días. <p>Los insumos y servicios para la diabetes se limitan a un fabricante específico, Abbott Diabetes Care.</p>

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Equipo médico duradero (DME)	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Atención médica en el hogar	\$0	Se requiere autorización
Hospicio	\$0	<p>La cobertura de cuidados paliativos está cubierta fuera de nuestro plan.</p> <p>Usted no debe pagar nada por la atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y por asistencia de relevo.</p> <p>Comuníquese con Servicios al Miembro para conocer más detalles.</p>
Servicios de educación para enfermedad renal	\$0	Se requiere autorización
Servicios para el tratamiento por uso de opiáceos	\$0	Se requiere autorización

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costo que usted paga por ver a proveedores de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Coaseguro de \$0 o 20% por sesión individual o grupal	Se requiere autorización
Artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)*	\$0	<p>Puede adquirir hasta \$190 mensuales de artículos OTC elegibles con una tarjeta de débito de OTC.</p> <p>Los montos no utilizados no pueden trasladarse de un mes a otro.</p> <p>Visite www.mybenefitscenter.com para consultar nuestra lista de artículos OTC cubiertos.</p>
Servicios de podología – cubierta por Medicare	Coaseguro de \$0 o 20% para los servicios de podología cubiertos por Medicare.	Cubrimos servicios de podología cubiertos por Medicare. Requieren autorización y remisión

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por usar proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Servicios de podología - atención podológica de rutina*	Copago de \$0 por consulta, hasta cuatro (4) consultas de podología de rutina al año	Requieren autorización y remisión
Dispositivos protésicos, como aparatos ortopédicos y miembros artificiales	\$0 o coaseguro del 20 %	Se requiere autorización
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI: Monitor de presión arterial*	\$0	<p>Miembros elegibles (es decir, miembros con ciertas afecciones crónicas) pueden recibir un monitor de presión arterial una vez al año, según la necesidad médica.</p> <p>Este beneficio complementario especial para personas con enfermedad crónica (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) y no todos los miembros calificarán.</p>

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por usar proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI: Monitor de presión arterial* (cont.)		Comuníquese con su Gestora de Atención y/o consulte la <i>Evidencia de cobertura 2024</i> , disponible en www.centersplan.com/dsnp , para más información.
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI: Beneficio para servicios públicos*	\$0	Miembros elegibles (es decir, miembros con afecciones condiciones crónicas) pueden gastar su asignación OTC mensual de \$190 en artículos OTC y/o servicios públicos (por ejemplo, electricidad, gas, combustible para calefacción, agua, teléfono fijo e Internet). Este beneficio complementario especial para personas con enfermedad crónica (Special

Si necesita servicios adicionales (cont.)

Servicios que puede necesitar	Costos que usted paga por usar proveedores dentro de la red	Información sobre limitaciones, excepciones y otros beneficios (normas acerca de los beneficios)
Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedad crónica/SSBCI: Beneficio para servicios públicos* (cont.)		Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI) y no todos los miembros calificarán. Comuníquese con su Gestora de Atención y/o consulte la <i>Evidencia de cobertura 2024</i> , disponible en www.centersplan.com/dsnp , para más información.
Terapia de ejercicio supervisado (Supervised Exercise Therapy, TES) por enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, EAP) sintomática	\$0	Se requiere autorización
Cobertura internacional para casos de emergencia*	\$0	El monto máximo de beneficios en la cobertura internacional es de \$25,000.

SERVICIOS DE SALUD CUBIERTOS POR MEDICAID

Las personas con doble elegibilidad son personas que califican para Medicare y Medicaid. Como persona con doble elegibilidad, usted es elegible para beneficios del programa federal Medicare y del programa Medicaid del estado de New York. Los beneficios de Original Medicare y los beneficios suplementarios que recibe como miembro de este plan pueden encontrarse más arriba en este folleto.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe son determinados por el estado de New York y pueden variar en función de sus ingresos y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunas personas con doble elegibilidad no pagan ciertos costos de Medicare. Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de New York (el Mercado Oficial de Planes de Salud) al 1-855-355-5777 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-662-1220); la línea de ayuda de Medicaid del estado de New York al 1-800-541-2831; o la línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (HRA) de la ciudad de New York al 1-888-692-6116 o 1-718-557-1399. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si reside fuera de la ciudad de New York, llame a su departamento local de servicios sociales (local department of social services, LDSS). Visite https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm para encontrar el LDSS de su condado.

Las categorías de beneficios de Medicaid y los tipos de asistencia proporcionada por nuestro plan son los siguientes:

- **Elegibilidad doble con beneficios completos (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid.
- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para obtener los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Individuo Calificado (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Calificados que Trabajan y Tienen una Discapacidad (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por Medicaid establecidos abajo depende de su nivel de elegibilidad para Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid⁵

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Atención médica diurna para adultos	Medicaid provee cobertura
Servicios de ambulancia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Atención odontológica	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Servicios odontológicos cubiertos por Medicaid, entre ellos, atención preventiva necesaria, profilaxis y otra atención odontológica de rutina, servicios, insumos y prótesis odontológicas para aliviar afecciones graves a la salud. Servicios de cirugía dental ambulatoria o con hospitalización, sujetos a una autorización previa.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio y de radiología	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Atención de emergencia	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Diálisis renal crónica	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.

⁵ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid⁶ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Hospicio	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios y hospitalizados	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados (por un límite mayor de 190 días)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Todos los servicios de salud mental para pacientes internados, incluidas admisiones voluntarias o involuntarias para servicios de salud mental, por encima del límite de 190 días de por vida de Medicare.
Beneficios de farmacia de Medicaid (medicamentos recetados)	Medicaid no cubre los medicamentos recetados de la Parte D ni los copagos. Medicaid del Estado de New York brinda cobertura para ciertos medicamentos excluidos del beneficio de la Parte D de Medicare, como barbitúricos, benzodiazepinas y algunas vitaminas recetadas, y algunos medicamentos sin receta.

⁶ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid⁷ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula entérica y parenteral, y baterías de audífonos	<p>Estos artículos, por lo general, se consideran de un solo uso, artículos consumibles que se pagan habitualmente bajo la categoría de equipo médico duradero de pago por servicio de Medicaid.</p> <p>La cobertura de la fórmula entérica y suplementos nutricionales están limitados a cobertura únicamente por alimentación nasogástrica, por yeyunostomía o por sonda gástrica. La cobertura de la fórmula entérica y suplementos nutricionales está limitada a personas que no pueden obtener nutrición a través de otros medios y para las siguientes tres condiciones:</p> <p>1) personas alimentadas por sonda que no pueden masticar o deglutir alimentos y deben obtener nutrición a través de fórmula mediante una sonda; 2) personas con trastornos metabólicos raros congénitos que requieren fórmulas médicas específicas para proporcionarle los nutrientes básicos no disponibles por otros medios; y</p>

⁷ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid⁸ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Suministros médicos y quirúrgicos, fórmula entérica y parenteral, y baterías de audífonos (cont.)	3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores mitigantes en su crecimiento y en su desarrollo. La cobertura de ciertas enfermedades heredadas de metabolismo aminoácido y de ácido orgánico incluye alimentos sólidos modificados bajos en proteína o que contienen proteína modificada.
Servicios de salud mental	<p>La cobertura de Medicaid de ciertos servicios de salud mental, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programas de tratamiento intensivo de rehabilitación psiquiátrica, • Tratamiento diurno, • Tratamiento diurno continuo, • Administración de casos para pacientes con enfermedades mentales graves y persistentes (patrocinada por unidades de salud mental estatales y locales), • Hospitalizaciones parciales, • Tratamiento Asertivo en la Comunidad (Assertive Community Treatment, ACT), <p>Servicios personalizados de recuperación (Personalized Recovery Oriented Services, PROS).</p>

⁸ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid⁹ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Transporte que no es de emergencia (Non-Emergency Transportation, NEMT)	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Los gastos de transporte se cubren cuando el transporte es básico para que un miembro reciba la atención médica y los servicios cubiertos bajo el programa de Medicaid. Los servicios de transporte se refieren al transporte en ambulancia, camioneta equipada para emergencias médicas, transporte en avión de ala fija o en aeroplano, autobuses para inválidos, taxi, automóviles por contrato, transporte público u otros medios apropiados según la condición médica del miembro.
Atención en centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) no cubiertos por Medicare	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. Medicaid cubre los días adicionales transcurrido el límite de 100 días de Medicare.
Equipo médico duradero no cubierto por Medicare	Los equipos médicos duraderos cubiertos por Medicaid, incluidos los dispositivos y equipos que no sean suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas enterales y aparatos protésicos u

⁹ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid¹⁰ (cont.)

<p>Equipo médico duradero no cubierto por Medicare (cont.)</p>	<p>ortopédicos que tengan las siguientes características: pueden resistir el uso repetido durante un período prolongado; se utilizan principal y habitualmente para fines médicos; generalmente no son útiles para una persona en ausencia de enfermedad o lesión y, por lo general, se ajustan, diseñan o adaptan para el uso de un individuo en particular. Debe ser solicitado por un médico. No exige como requisito estar imposibilitado para salir e incluye los equipos médicos duraderos que no pertenecen a Medicare que están cubiertos por Medicaid (por ejemplo, silla para la ducha o barras de apoyo).</p>
<p>Servicios de salud en el hogar cubiertos fuera de Medicare</p>	<p>Cuidados intermitentes de enfermería calificada médicamente necesaria, servicios de asistencia de salud en el hogar y servicios de rehabilitación. También incluye los servicios de salud en el hogar que Medicare no cubre (por ejemplo, servicios del asistente de salud en el hogar con supervisión de enfermería para personas médicamente inestables)</p>

¹⁰ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid¹¹ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Servicios oftalmológicos cubiertos fuera de Medicare	<p>Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.</p> <p>Servicios de optometristas, oftalmólogos y distribuidores oftálmicos, incluyendo anteojos, lentes de contacto necesarios por razones médicas y lentes de policarbonato, ojos artificiales (de fábrica o hechos a medida) y ayudas y servicios para personas con un bajo nivel de visión.</p> <p>También incluye la reparación o el reemplazo de piezas. La cobertura también incluye los exámenes de diagnóstico y tratamiento de defectos visuales y/o enfermedades oculares. La evaluación por refracción se limita a una cada dos (2) años, a menos que se justifique como médicamente necesaria. Los lentes no requieren cambio con una frecuencia mayor a cada dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que los lentes se extravíen, dañen o destruyan.</p>

¹¹ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid¹² (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. La fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla están limitadas a veinte (20) consultas por terapia al año, excepto para niños menores de 21 años y personas con discapacidades del desarrollo.
Medicamentos de venta libre (Over the Counter, OTC)	Ciertos OTC están cubiertos.
Servicios de cuidado personal	Medicaid provee cobertura Proporciona asistencia parcial o total con actividades tales como la higiene personal, vestirse y alimentarse y tareas funcionales de apoyo nutricional y ambiental (por ejemplo, preparación de comidas) Los servicios deben ser médicamente necesarios y el médico del afiliado debe ordenarlos y deben ser proporcionados por una persona calificada de acuerdo con un plan de atención.

¹² Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid¹³ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
<p>Servicios de Respuesta ante Emergencias Personales (<i>Personal Emergency Response Services, PERS</i>)</p>	<p>Medicaid provee cobertura Un dispositivo electrónico que permite a ciertos pacientes de alto riesgo garantizar que recibirán ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental. Existe una variedad de sistemas electrónicos de alerta que utilizan diferentes dispositivos de señalización. Estos sistemas por lo general están conectados al teléfono del paciente y envían una señal a un centro de respuesta cuando se activa el boto de “ayuda”. En caso de una emergencia, la señal es recibida y respondida apropiadamente por un centro de respuesta.</p>
<p>Servicios privados de enfermería</p>	<p>Los servicios privados de enfermería se cubren cuando el médico determina que son médicamente necesarios. Los servicios de enfermería se pueden proporcionar a través de una agencia certificada de salud a domicilio aprobada, una agencia de cuidado en el hogar con licencia o un médico privado. Los servicios de enfermería pueden ser intermitentes, de tiempo parcial o continuos y provistos en el hogar de un Afiliado de acuerdo con el plan de tratamiento</p>

¹³ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Si necesita servicios de Medicaid¹⁴ (cont.)

Servicios que puede necesitar	Información sobre los beneficios de pago por servicio de Medicaid del estado de New York
Servicios privados de enfermería (cont.)	por escrito del médico que lo ordena, del asistente médico registrado o del enfermero certificado. Los servicios privados de enfermería deben ser provistos por una persona que posee una licencia y registro actualizado del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para desempeñarse como enfermero profesional registrado o enfermero práctico licenciado.
Dispositivos protésicos	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare. (El calzado con prescripción cubierto por Medicaid se limita al tratamiento de personas con diabetes o a casos en los que el calzado forma parte de un aparato ortopédico de piernas (órtesis) o si hay complicaciones en el pie en niños y jóvenes menores de 21 años. Las medias de compresión y soporte están cubiertas solo durante el embarazo o para el tratamiento de úlceras por insuficiencia venosa.
Otros servicios	Todos los demás servicios enumerados en el Título XIX del Plan del Estado de New York.

¹⁴ Estos servicios no están cubiertos por Centers Plan for Dual Coverage Care, pero están disponibles a través de Medicaid. Esta no es una lista completa de los servicios cubiertos por Medicaid.

Aviso de Servicios de Asistencia Lingüística

English	<p>We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-940-9330 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.</p>
Albanian	<p>Ne kemi në dispozicion shërbime përkthimi për t'ju përgjigjiur çdo pyetjeje që mund të keni lidhur me shëndetin tuaj apo me planin tuaj të mjekimit. Për të siguruar një përkthyes/e, na telefononi në 1-877-940-9330 (TTY: 711). Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim pa pagesë.</p>
Arabic	<p>لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك بشأن خطتنا للصحة أو الأدوية. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا فحسب على الرقم 1-877-940-9330 (لمستخدمي الهاتف النصي: 711). يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.</p>
Bengali	<p>আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। দোভাষী পেতে হলে, আমাদের কেবল 1-877-940-9330 (TTY: 711) -এ কল করে যোগাযোগ করুন। বাংলাভাষী কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি বিনামূল্যে প্রাপ্ত পরিষেবা।</p>
Chinese	<p>我們可提供免費口譯服務，回答您在健康或藥物計劃方面的任何問題。如需翻譯服務，只需致電我們的電話：1-877-940-9330 (TTY: 711)。漢語說英語的工作人員可為您提供幫助。這是一項免費服務。</p>

French	Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pouvez avoir sur notre régime d'assurance-maladie ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, il suffit de nous appeler au 1-877-940-9330 (TTY : 711). Une personne qui parle français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.
French Creole	Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen konsènan plan sante ak medikaman nou an. Pou w jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-940-9330 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Sèvis sa a gratis.
German	Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Für einen Dolmetscher, rufen Sie uns einfach unter der Rufnummer 1-877-940-9330 (TTY: 711) an. Eine Person, die Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Dienst.
Greek	Διαθέτουμε δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσουμε σε τυχόν ερωτήσεις μπορεί να έχετε σχετικά με το πλάνο ιατρικής ή φαρμακευτικής περίθαλψής μας. Για να επικοινωνήσετε με διερμηνέα, απλώς καλέστε μας στο 1-877-940-9330 (TTY: 711). Κάποιος που μιλάει Ελληνικά μπορεί να σας βοηθήσει. Αυτή είναι μια δωρεάν υπηρεσία.
Hindi	हमारे स्वास्थ्य या ड्रग योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। दुभाषिया की सेवा प्राप्त करने के लिए, हमें 1-877-940-9330 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदीअंग्रेज़ी जानने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह निशुल्क सेवा है।

Italian	Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per eventuali domande sul nostro piano di assistenza sanitaria e farmaceutica. Per ricevere il supporto di un interprete, chiamare il numero 1-877-940-9330 (TTY: 711). Sarà disponibile qualcuno che parli italiano. Il servizio è gratuito.
Japanese	弊社の健康および薬品に対するプランについて、お客様がお尋ねになりたいすべてのご質問にお答えするため弊社は無料通訳サービスを用意しております。通訳サービスを受けるには、弊社までお電話ください：1-877-940-9330（TTY: 711）。日本語が話せる方がお手伝いします。こうしたサービスは無料です。
Korean	귀하의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답변해드리는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사를 구하려면 1-877-940-9330(TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 한국어를 할 줄 아는 사람이 도와줄 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.
Polish	Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub planu przyjmowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-940-9330 (TTY: 711). Pomocy udzieli osoba mówiąca po Polskie. Usługa jest bezpłatna.
Portuguese	Contamos com serviços gratuitos de interpretação para sanar suas dúvidas sobre o plano de saúde ou medicamentos. Para conseguir um intérprete, entre em contato conosco pelo 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguém que fala português irá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

Russian	Мы предоставляем бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане медицинского обслуживания или программе лекарственных препаратов. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-877-940-9330 (TTY: 711). Вам может помочь русскоязычный человек. Это бесплатная услуга.
Spanish	Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para recibir la ayuda de un intérprete, llámenos al 1-877-940-9330 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Éste es un servicio gratuito.
Tagalog	Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng pag-interpret upang sagutin ang mga katanungan mo tungkol sa kalusugan o plano sa paggagamot. Para makakuha ng taga-interpret, tawagan kami sa 1-877-940-9330 (TTY: 711). Taong nagsasalita ng tagalog ang makakatulong sa iyo. Ito ay libreng serbisyo.
Urdu	ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ ترجمان حاصل کرنے کے لیے، ہمیں 1-877-940-9330 (TTY: 711) پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ مفت خدمت ہے۔
Vietnamese	Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời mọi câu hỏi về chương trình bảo hiểm y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để yêu cầu người thông dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-877-940-9330 (TTY: 711). Ai đó nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.
Yiddish	מיר האבן אומזיסטע איבערזעצונג סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט האבן וועגן אייער געזונטהייט אדער דראג פלאן. צו באקומען אן איבערזעצער, רופט אונז ביי 1-877-940-9330 (TTY: 711). איינער וואס רעדט אידיש קען אייך העלפן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס.

Aviso de no Discriminación

La discriminación está prohibida por la ley

Centers Plan for Healthy Living, LLC cumple todas las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en cuanto a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Centers Plan for Healthy Living, LLC no excluye ni trata a las personas de manera diferente por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Centers Plan for Healthy Living, LLC ofrece:

- Servicios y asistencia gratuitos a personas con discapacidades que les impidan comunicarse con nosotros de forma efectiva, tales como:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, contacte a Servicios al Miembro al 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si considera que Centers Plan for Healthy Living, LLC no ha prestado estos servicios o lo(a) discriminó de alguna otra forma por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones:

Por correo: Centers Plan for Healthy Living, LLC
Attn: G&A Department
75 Vanderbilt Avenue, 7th Floor
Staten Island, NY 10304- 2604

Por teléfono: 1-877-940-9330 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)

Por fax: 1-347-505-7089

Por correo electrónico: GandA@centersplan.com

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el Departamento de Servicios al Miembro/Participante está disponible para ayudarlo los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correspondencia o por teléfono al:

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 (TTY)

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



Para obtener más información o para inscribirse
Llame al 1-877-940-9330 (sin costo)

Los usuarios con TTY deben llamar al 711

Los siete días de la semana, de 8 am a 8 pm

MemberServices@centersplan.com

www.centersplan.com/dsnp