



2026

2026

Resumen de Beneficios

Elite Health Plan Signature (HMO) H6368-001 and
Elite Health Plan Core (HMO) H6368-002



Acerca de este Resumen de Beneficios

Gracias por considerar el Elite Health Plan. Puede utilizar este Resumen de Beneficios para aprender más sobre nuestros planes. Incluye información sobre: Premiums

- Primas
- Beneficios y costos
- Medicamentos recetados de la Parte D
- Beneficios suplementarios obligatorios
- Quién puede inscribirse
- Reglas de cobertura
- Obtener atención
- Plan de pago de medicamentos de Medicare

Para definiciones de algunos de los términos utilizados en este folleto, consulte el glosario al final.

Para más detalles

Este documento es un resumen de los paquetes de beneficios del Elite Health Plan "Signature/HMO" y "Core/HMO". No incluye todo lo que está cubierto y lo que no está cubierto ni todas las reglas del plan. Para obtener detalles, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC), que se encuentra en nuestro sitio web en www.elitehealthplan.com o solicite una copia a los Servicios para Miembros llamando al 1-800-958-1129 (TTY / TTD: 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Pacífico. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, excepto en los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados en la mayoría de los días festivos federales. Si se comunica durante un día festivo o fuera de nuestro horario regular, siéntase libre de dejarnos un mensaje. Nos pondremos en contacto con usted dentro de un día hábil.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar.

- **Llame a Servicios al Miembro en 1-800-958-1129 (TTY: 711)**



Horas de operación:

- 1 de abril – 30 de septiembre: de lunes a viernes, 8 a.m. – 8 p.m.
- 1 de octubre – 31 de marzo: 7 días a la semana, 8 a.m. – 8 p.m.

Qué está cubierto y cuánto cuesta

* Es posible que su proveedor de plan deba proporcionar una referencia.

† Se puede requerir autorización previa.

Beneficios y primas	Con nuestro Signature (HMO) plan, tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan, tú pagas
Prima del plan mensual	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Su responsabilidad máxima de pago Su responsabilidad máxima de pago de su bolsillo incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año. No incluye los medicamentos de la Parte D.	\$699	\$1,499
Servicios hospitalarios de pacientes internados*† Si su estancia se prolonga más de 90 días, puede utilizar sus días de reserva vitalicia cubiertos por Medicare.	Por admisión / Por estancia \$75 por día durante los días 1 a 5 de su estancia y \$0 durante el resto de su estancia desde el día 6 hasta el día 90.	Por admisión / Por estancia \$100 por día durante los días 1 a 5 de su estancia y \$0 durante el resto de su estancia desde el día 6 hasta el día 90.
Servicios hospitalarios ambulatorios*†	\$0 por visita	\$125 por visita
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)*†	\$0 por visita	\$0 por visita
Visitas al doctor		
• De atención primaria	\$0	\$0
• Especialistas*†	\$0 por visita	\$0 por visita
Cuidado preventivo Consulta el EOC para más detalles.	\$0	\$0
Atención de emergencia		
• No hay un monto máximo de cobertura por visita.	\$95 por visita al Departamento de Emergencias. Exonerado si es admitido	\$150 por visita al Departamento de Emergencias. Exonerado si es admitido
• Cubrimos atención de emergencia en cualquier parte del mundo.	\$100 por visita al Departamento de Emergencias a nivel mundial. Exento si es admitido.	\$150 por visita al Departamento de Emergencias a nivel mundial. Exento si es admitido.

Beneficios y primas	Con nuestro Signature (HMO) plan, tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan, tú pagas
	Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$10,000 / año calendario.	Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$20,000 / año calendario.
Servicios necesarios con urgencia - No hay un monto máximo decobertura por visita - Cubrimos atención urgente en cualquier parte del mundo.	\$0 por visita de oficina \$50 por visita de Urgencias Globales Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$10,000 / año calendario.	\$0 por visita de oficina \$90 por visita de Urgencias Globales Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$20,000 / año calendario.
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imagenología*† - Pruebas de laboratorio - X-rays y ultrasonidos	\$0 \$0	\$0 \$50 por paciente ambulatorio x-ray servicio
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (como el EKG)	\$0	\$0
MRI, CT, and PET	\$0 por visita	20% de coaseguro depende del servicio
Servicios de audición Evaluaciones para diagnosticar afecciones médicas	\$0	\$0
Servicios dentales Servicios dentales Cubierto por Medicare	\$0	\$0
Servicios de visión Visitas para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones oculares (exámenes preventivos de glaucoma)	\$0	\$0
Servicios de retinopatía diabética	\$0	\$0
Gafas después de la cirugía de cataratas El uso habitual de gafas se detallará más adelante, en la sección Beneficios adicionales.	\$0	\$0

Beneficios y primas	Con nuestro Signature (HMO) plan , tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan , tú pagas
Servicios de salud mental† • Salud mental hospitalaria*	\$75 por día durante los días 1 a 5 de su estancia y \$0 durante el resto de su estancia desde el día 6 hasta el día 90.	\$100 por día durante los días 1 a 5 de su estancia y \$0 durante el resto de su estancia desde el día 6 hasta el día 90.
• Terapia grupal ambulatoria	\$0 por visita	\$0 por visita
• Terapia individual ambulatoria	\$25 por visita	\$25 por visita
Centro de enfermería especializada*† Cubrimos hasta 100 días por período de beneficio.	Por período de beneficios: • \$0 por día durante los días 1 a 20 • \$50 por día durante los días 21 a 100	Por período de beneficios: • \$0 por día durante los días 1 a 20 • \$100 por día durante los días 21 a 100
Terapia física*†	\$0 por visita	\$0 por visita
Ambulancia† Autorización previa para no emergencias.	\$100 por trayecto de un solo sentido (incluye a nivel mundial) 20% coaseguro de Ambulancia Aérea por viaje de ida	\$225 por trayecto de un solo sentido (incluye a nivel mundial) 20% coaseguro de Ambulancia Aérea por viaje de ida
Transporte • Emergencia mundial transporte no Medicare <i>El transporte rutinario se describirá más adelante en Beneficios Adicionales</i>	\$100 por viaje de ida Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$10,000 / año calendario.	\$200 por viaje de ida Cobertura mundial para atención urgente o de emergencia y transporte de emergencia en cualquier parte del mundo hasta \$20,000 / año calendario.
Los medicamentos de la Parte B de Medicare† Los medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos cuando los obtienes de un proveedor del plan. Consulta el EOC para más detalles. • Medicamentos que deben ser administrados por un profesional de la salud	\$0–20% coaseguro Dependiendo del medicamento (llame a Servicios para Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un coseguro). Algunos medicamentos pueden ser menos del 20% si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.	\$0–20% coaseguro Dependiendo del medicamento (llame a Servicios para Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un coseguro). Algunos medicamentos pueden ser menos del 20% si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.
• Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare (hasta un suministro de 30 días de una farmacia del plan)	\$35 Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare (hasta un suministro de 30 días de una farmacia del plan)	\$35 Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare (hasta un suministro de 30 días de una farmacia del plan)

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D

La cantidad que pagas por los medicamentos será diferente dependiendo de:

El nivel en el que se encuentra tu medicamento. Hay 6 niveles de medicamentos. Para averiguar en cuál de los 6 niveles se encuentra tu medicamento, consulta nuestro formulario de la Parte D en **www.elitehealthplan.com** o llame a nuestros Servicios al Miembro de la Parte D para pedir una copia al 1-888-807-5705 (TTY 711), 7 días a la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, excepto durante las principales festividades de fin de año. Estamos cerrados la mayoría de los días festivos federales. Si se comunica durante un día festivo o fuera de nuestro horario regular, no dude en dejarnos un mensaje. Le responderemos dentro de un día hábil.

- La cantidad de suministro diaria que recibes (como un suministro de 30 días o 90 días).
Nota: Un suministro mayor a 30 días no está disponible para todos los medicamentos.
- Cuando obtienes un suministro de 31 a 90 días, ya sea que obtengas tu receta en una de nuestras farmacias de la red minorista o en nuestra farmacia por correo. Nota: No todos los medicamentos se pueden enviar por correo.
- La etapa de cobertura en la que te encuentras (etapa de cobertura inicial y/o etapa de cobertura catastrófica).

Nota: Medicare ofrece Ayuda Extra para pagar los costos de medicamentos recetados para personas que tienen ingresos y recursos limitados. Si tiene derecho a la Ayuda Extra, es posible que el costo compartido a continuación no se aplique a usted; en su lugar, consulte el Anexo de Evidencia de Cobertura para Personas que Obtienen Ayuda Extra para Pagar Medicamentos Recetados.

Etapa de deducible

Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted y comienza el año en la fase de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial

Usted paga los copagos y el coseguro que se muestran en la tabla a continuación hasta que sus costos de bolsillo alcancen \$2,100. Si alcanza el límite de \$2,100 en 2026, entra en la etapa de cobertura catastrófica y sus beneficios cambian en consecuencia.

Plan de farmacia minorista

Nivel de medicamento	Con nuestro Signature (HMO) plan , tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan , tú pagas
Nivel 1 Genérico preferido	\$0 (para suministros de hasta 90 días)	\$0 (para suministros de hasta 90 días)

Nivel de medicamento	Con nuestro Signature (HMO) plan, tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan, tú pagas
Nivel 2 Genérico	\$0 (para suministros de hasta 90 días)	\$7 (para suministros de hasta 30 días) \$14 (para el suministro de días 31 a 60) \$21 (para el suministro de días 61 a 90)
Nivel 3 * Marca Preferida	\$35 (para suministros de hasta 30 días) \$70 (para el suministro de días 31 a 60) \$105 (para el suministro de días 61 a 90)	\$47 (para suministros de hasta 30 días) \$94 (para el suministro de días 31 a 60) \$141 (para el suministro de días 61 a 90)
Nivel 4 * Medicamento no preferido	\$98 (para suministros de hasta 30 días)	25% (para suministros de hasta 30 días)
Nivel 5 * Especialidad	33% (para suministros de hasta 30 días)	33% (para suministros de hasta 30 días)
Nivel 6 Seleccionar medicamentos de atención	\$0 (para suministros de hasta 90 días)	\$0 (para suministros de hasta 90 días)

* Para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no pagará más de \$35 por un suministro de 30 días, \$70 por un suministro de 31 a 60 días y \$105 por un suministro de 61 a 90 días, independientemente del nivel.

** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Mail Order (90 Day Supply)

Nivel de medicamento	Con nuestro Signature (HMO) plan, tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan, tú pagas
Nivel 1 Genérico preferido	\$0	\$0
Nivel 2 Genérico	\$0	\$21
Nivel 3 * Marca Preferida	\$105	\$141

Nivel de medicamento	Con nuestro Signature (HMO) plan, tú pagas	Con Nuestro Core (HMO) plan, tú pagas
Nivel 4 * Medicamento no preferido	No disponible	No disponible
Nivel 5 * Especialidad	No disponible	No disponible
Nivel 6 Seleccionar medicamentos de atención	\$0	\$0

* Para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, no pagará más de \$105 o el 25% del costo del medicamento por un suministro de 90 días.

Etapa de cobertura catastrófica

Si usted o alguien en su nombre gasta \$2,100 en sus medicamentos recetados de la Parte D en 2026, entrará en la etapa de cobertura catastrófica. La mayoría de las personas nunca alcanzan esta etapa, pero si lo hace, no pagará nada por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D en 2026.

Cuidado a largo plazo, infusión domiciliaria y farmacias fuera de plan

- Si vives en un centro de cuidado a largo plazo y obtienes tus medicamentos de su farmacia, pagas lo mismo que en una farmacia de plan de venta al por menor y puedes obtener hasta un suministro de 31 días.
- Los medicamentos de infusión domiciliaria de la Parte D cubiertos por un plan de farmacia de infusión domiciliaria se proporcionan sin cargo.
- Si obtienes medicamentos de la Parte D en una farmacia fuera del plan, pagas lo mismo que en una farmacia de plan minorista y puedes obtener hasta un suministro de 30 días. En general, cubrimos los medicamentos suministrados en una farmacia fuera del plan solo cuando no puedes usar una farmacia de la red, como durante un desastre. Consulta la Evidencia de Cobertura para más detalles.

Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

El Plan de Pagos de Prescripción de Medicare es una opción de pago que puede ayudar a las personas a gestionar los costos de medicamentos de Medicare Parte D de su propio bolsillo al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un Plan de Medicamentos de Ventaja de Medicare) puede inscribirse en esta opción de pago en cualquier momento del año. Todos los planes que ofrecen la Parte D ofrecen esta opción de pago; la participación es voluntaria.

Si te inscribes en esta opción de pago:

- Recibirás una factura de Elite Health Plan para pagar por tus medicamentos recetados (en lugar de pagar a la farmacia).
- No hay costo para participar en el Plan de Pago de Recetas de Medicare, y no pagarás intereses ni tarifas sobre la cantidad que debes, incluso si tu pago se retrasa.
- Es especialmente útil si tienes altos costos de medicamentos de tu propio bolsillo al principio del año calendario, ya que esta opción de pago distribuye lo que pagarás cada mes a lo largo del año calendario (enero - diciembre), para que no tengas que pagar costos de tu propio bolsillo a la farmacia.
- **Esta opción de pago podría ayudarte a gestionar tus gastos mensuales, pero no te ahorra dinero ni reduce tus costos de medicamentos.**
 - Aunque no pagarás por tus medicamentos en la farmacia, todavía eres responsable de los costos. Si quieres saber cuánto costará tu medicamento antes de llevarlo a casa, llama a los Servicios para Miembros o pregunta al farmacéutico.
- **Nota: Sus pagos pueden cambiar cada mes, por lo que es posible que no sepa cuál será su factura exacta por adelantado.** Los pagos futuros pueden aumentar cuando llene una nueva receta (o reponga una receta existente) porque a medida que se agregan nuevos costos de medicamentos de su bolsillo a su pago mensual, hay menos meses restantes en el año para distribuir sus pagos restantes.

Para más detalles, puedes visitar [Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) para aprender sobre programas que pueden ayudar a reducir tus costos de medicamentos. También puedes contactar Elite Health Plan.

Para inscribirse, por favor llámenos al 1-888-807-5705 (TTY 711) o visita www.elitehealthplan.com/MPPP para comenzar con esta opción de pago en cualquier momento durante el año del plan.

¿Quién puede inscribirse?:

Puedes registrarte en uno de nuestros planes si:

- Tienes tanto Medicare Parte A como Parte B. (Para obtener y mantener Medicare, la mayoría de las personas deben pagar las primas de Medicare directamente a Medicare. Estas son separadas de las primas que pagas a nuestro plan.)
- Eres un ciudadano o estás legalmente presente en los Estados Unidos.
- Solicitas la inscripción durante un período de inscripción válido.
- Vives en el área de servicio para estos planes, que incluyen:
 - Estos condados en California: Los Ángeles, Riverside o San Bernardino

Información General sobre Servicios Cubiertos:

Cubrirá los servicios y elementos mencionados en este documento y en la Evidencia de Cobertura, si:

- Los servicios o artículos son médicamente necesarios.
- Los servicios y artículos se consideran razonables y necesarios de acuerdo con los

estándares de Medicare Original.

- Obtiene todos los servicios y artículos cubiertos de los proveedores de planes listados en nuestro Directorio de Proveedores / Farmacias.
- Pero hay excepciones a esta regla.
 - Atención de emergencia
 - Cuidado de diálisis fuera de la zona
 - Cuidado urgente fuera del área (cubierto dentro del área de servicio de proveedores del plan y en raras ocasiones de proveedores no afiliados al plan)
 - Referencias a proveedores fuera del plan si obtuviste aprobación previa (autorización previa) de nuestro plan por escrito

Nota: Usted paga los mismos copagos y coseguro del plan cuando recibe atención cubierta mencionada anteriormente de proveedores que no están en el plan. Si recibe atención o servicios no cubiertos, debe pagar el costo total.

Para obtener detalles sobre las reglas de cobertura, incluidos los servicios no cubiertos (exclusiones), consulte la **Evidencia de Cobertura**.

Recibiendo atención

Para encontrar a nuestro proveedor y sus ubicaciones, consulte nuestro **Directorio de Proveedores / Farmacias** en www.elitehealthplan.com o pídanos que le enviemos una copia llamando a los Servicios para Miembros al 1-800-958-1129 (TTY 711). Estamos abiertos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Hora del Pacífico entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, excepto durante los principales días festivos de fin de año. Estamos cerrados en la mayoría de los días festivos federales. Si se comunica durante un día festivo o fuera de nuestro horario habitual, no dude en dejarnos un mensaje. Nos pondremos en contacto con usted dentro de un día hábil.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Tu médico personal

Su médico personal (también llamado médico de atención primaria) le proporcionará atención primaria y le ayudará a coordinar su atención, incluyendo estancias en el hospital, referencias a especialistas y autorizaciones previas. La mayoría de los médicos personales están en medicina interna o práctica familiar. Puede elegir a cualquier proveedor de plan disponible como su médico personal. Puede cambiar de médico en cualquier momento y por cualquier motivo. Puede elegir o cambiar de médico llamando a Servicios al Miembro al 1-800-958-1129 (TTY: 711) o en www.elitehealthplan.com.

Ayuda para manejar condiciones

Si tiene más de una condición de salud en curso y necesita ayuda para manejar su atención, podemos ayudarlo. Nuestros programas de gestión de casos reúnen a enfermeras, trabajadores sociales y su médico personal para ayudarlo a manejar sus condiciones. El programa proporciona educación y enseña habilidades de autocuidado. Si está interesado, por favor pregunte a su médico personal para obtener más información.

Avisos

Apelaciones y quejas

Puede solicitarnos que proporcionemos o paguemos un artículo o servicio que usted cree que debería estar cubierto presentando una reclamación dentro de un plazo específico que incluya la fecha en que recibió el artículo o servicio. Si decimos que no, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto se llama una apelación. Puede solicitar una decisión rápida si cree que esperar podría poner en riesgo su salud. Si su médico está de acuerdo, aceleraremos nuestra decisión.

Si tiene una queja sobre cualquier aspecto del Plan, nuestros socios, procesos, etc., puede presentar una queja con nosotros. Consulte la **Evidencia de Cobertura** para obtener detalles sobre los procesos para realizar quejas y tomar decisiones sobre la cobertura y apelaciones, incluidas decisiones rápidas o urgentes para medicamentos, servicios o atención hospitalaria..

Privacidad

Protegemos su privacidad. Consulte la **Evidencia de Cobertura** o vea nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad en **www.elitehealthplan.com**.

Beneficios Adicionales

* El proveedor de su plan puede necesitar proporcionar una referencia.

†Se puede requerir autorización previa.

Consulte el documento de Evidencia de Cobertura para obtener detalles.
Estos beneficios no cuentan para los montos máximos de gastos de bolsillo.

Estos beneficios están disponibles para ti como miembro del plan:	Con nuestro Signature (HMO) plan , tú pagas	Con nuestro Core (HMO) plan , tú pagas
Gafas de rutina Proporcionamos una asignación para comprar gafas (lentes/marcos, lentes de contacto) cada año calendario.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere ese límite. \$250 asignación por año.	\$0 hasta el límite de Medicare, pero usted paga cualquier cantidad que supere ese límite. \$300 asignación por año.
Audífonos Ofrecemos audífonos con copago reducido. • El copago listado es por oído / por audífono cada 2 años Examen de audición, adaptación de audífonos y evaluación de audífonos.	\$399 copago mínimo a \$949 copago máximo \$0	\$399 copago mínimo a \$949 copago máximo \$0
Cuidado dental • Dental Preventivo: • Examen oral (hasta 2 por año calendario) • Limpieza dental (hasta 2 por año calendario) • Fluoruro (2 por año) • Radiografías interproximales (1 por año) • Cirugía oral maxilofacial – extracciones (3 por año) Odontología restaurativa (2 empastes por año calendario) Ver EOC para detalles completos	\$0 copago mínimo a \$98 copago máximo	\$0 copago mínimo a \$98 copago máximo
Quiropráctica de rutina (no Medicare) • 12 visitas en total por año calendario. No se requiere autorización previa ni referencia.	\$10 por visita	\$0 por visita
Podiatría rutinaria (no Medicare) • 12 visitas en total por año calendario. No se requiere autorización previa ni referencia.	\$10 por visita	\$0 por visita

Estos beneficios están disponibles para ti como miembro del plan:	Con nuestro Signature (HMO) plan , tú pagas	Con nuestro Core (HMO) plan , tú pagas
Masaje terapéutico rutinario (no Medicare) 12 visitas en total por año calendario. No se requiere autorización previa ni referencia.	\$10 por visita	\$0 por visita
Beneficio del fitness — Age Bold™ Tienes acceso al programa de fitness en línea completo Age Bold para el cuerpo y la mente. Age Bold: ofrece clases de fitness interactivas y actividades seleccionadas por los miembros para personas mayores. Realiza un seguimiento de las sesiones de entrenamiento y también proporciona módulos de memoria y fitness cognitivo.	\$0 acceso ilimitado por año	\$0 acceso ilimitado por año
Beneficio de Comidas Post-Hospitalarias Hasta 7 días, 2 comidas al día inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización como paciente interno, de manera ilimitada durante todo el año. Se requiere referencia médica.	\$0 por comida	\$0 por comida
Sin receta (OTC) Asignación de beneficios OTC por trimestre a través de un catálogo en línea. El beneficio no se traslada de un trimestre a otro ni anualmente.	\$65 por trimestre	\$90 por trimestre
Sistema de Respuesta a Emergencias Personales (PERS) † Proporcionamos su elección de cordón o dispositivo de monitoreo remoto de reloj inteligente.	\$0 cuota mensual	No disponible
Transporte Uber Health viajes compartidos por año a un lugar relacionado con la salud.	\$0 por un viaje de ida (20 viajes de ida)	\$0 por un viaje de ida (10 viajes de ida)

* Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor, llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-958-1129 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-958-1129 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

中文 (Chinese-Simplified) 注意：如果您说 中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-958-1129 (TTY: 711)。或咨询您的服务提供商。

中文 (Chinese- Traditional) 注意：如果您說 中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-958-1129 (TTY: 711)。或與您的提供者討論。

Tagalog PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-958-1129 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Français (French) ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-958-1129 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

French Creole: Atansyon: Si w pale angle, sèvis asistor lang gratis disponib pou ou. Nou gen zouti ak sèvis ki apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib, tou gratis. Rele 1-800-958-1129 (TTY: 711) oswa pale ak founisè ou.

Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Anh, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho bạn. Các thiết bị và dịch vụ hỗ trợ phù hợp để cung cấp thông tin bằng các định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí. Gọi 1-800-958-1129 (TTY: 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp của bạn.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-958-1129 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

أمجان. تنبيه: لـتصا على مقرلا اذ تكذ ثدتند للغةا بيترلعا بيترلعا ، رفوفستت لـتـمادخ ةدلمساعا يتوللعا لمجانبة. كما رفوتت لسائو (Arabic)
وأ ثدتند لـلـمدمقة مةدلخا". ةدمساع تـمادخو مناسبة رفيولت تـماولمعا تـبتنسيقا نيمك لوصولا ليها
(711) 1-800-958-1129

한국어 (Korean) 주의: 영어를 하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-958-1129 (TTY: 711)로 전화하시거나 귀하의 제공자와 이야기하십시오.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на английском языке, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Также бесплатно доступны соответствующие вспомогательные пособия и услуги для предоставления информации в доступных форматах. Позвоните по номеру 1-800-958-1129 (TTY: 711) или поговорите со своим поставщиком услуг.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-1-800-958-1129 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।”

Italian: ATTENZIONE: Se parli inglese, i servizi di assistenza linguistica sono disponibili per te gratuitamente. Sono disponibili anche ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili senza alcun costo. Chiama il numero 1-800-958-1129 (TTY: 711) o parla con il tuo fornitore.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala inglês, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-958-1129 (TTY: 711) ou fale com o seu prestador.

Polish: UWAGA: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-958-1129 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

日本語 (Japanese) 注: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-958-1129 (TTY: 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

ไทย (Thai) หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษา ไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-800-958-1129 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

ភាសាខ្មែរ (Khmer): សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរសេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-958-1129 (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។”

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜਾਣਕਾਰੀ ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਣ ਲਈ ਯੋਗ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-958-1129 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: 711) ਜਾਂ ਆਪਣੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Elite Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Elite Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por razones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Elite Health Plan:

Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados, o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si cree que Elite Health Plan, Inc. ha fallado en proporcionar estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

Servicio al Cliente Coordinador de Derechos Civiles

Elite Health Plan
P.O. Box 1489
Orange, CA 92856
800-958-1129 (TTY: 711)
Fax: 840-237-2980
Compliance@elitehealthplan.com

Medicare Servicio al Cliente

Phone: 800-958-1129 (TTY: 711)
Email: MemberServices@elitehealthplan.com

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o 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, 800-537-7697 (TDD)

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

Definiciones útiles (glosario)

Asignación

Un monto en dólares que puedes usar para la compra de un artículo. Si el precio del artículo es más alto que la asignación, pagas la diferencia.

Período de beneficios

La forma en que nuestro plan mide su uso de los servicios de instalaciones de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que ingresa a un hospital o a una instalación de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios termina cuando no ha recibido atención hospitalaria interna ni atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. El período de beneficios no está vinculado a un año calendario. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios que puede tener o en la duración de un período de beneficios.

Año calendarior

El año comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.

Coaseguro

Un porcentaje que pagas de los cargos totales de nuestro plan por ciertos servicios o medicamentos recetados. Por ejemplo, un coaseguro del 20% para un artículo de \$200 significa que pagas \$40..

Copago

El monto fijo que pagas por los servicios cubiertos — por ejemplo, un copago de \$20 por una consulta en la oficina.

Deducible

Es la cantidad que debes pagar por los medicamentos de la Parte D de Medicare antes de que entres en la fase de cobertura inicial. Además, si te inscribes en Advantage Plus (beneficios suplementarios opcionales), es la cantidad que debes pagar por los servicios dentales integrales antes de que nuestro plan comience a pagar.

Equipo Médico Durable (DME)

Cubrimos artículos médicamente necesarios como andadores, bastones y sillas de ruedas cuando son prescritos por un proveedor de atención médica para su condición.

Evidencia de Cobertura

Un documento que explica en detalle los beneficios de tu plan y cómo funciona tu plan..

Máximo de responsabilidad de gastos de bolsillo

Lo máximo que pagarás en copagos o coaseguro cada año calendario por servicios que están sujetos al máximo. Si alcanzas el máximo, no tendrás que pagar más copagos o coaseguro por servicios sujetos al máximo durante el resto del año.

Médicamente necesario

Servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Plan de Pago de Medicamentos de Medicare

Un programa que ofrece a los inscritos en la Parte D de Medicare la opción de pagar los costos de medicamentos recetados de su propio bolsillo en forma de pagos mensuales limitados al plan de salud en lugar de pagar todo de una vez en la farmacia hasta que se alcance el máximo de costos de bolsillo para la Parte D.

Proveedor fuera de la red

Un proveedor o instalación que no tiene un acuerdo con Elite Health Plan, Inc. para brindar atención a nuestros miembros.

Plan

Un plan de Medicare es una opción de seguro privado aprobada por Medicare que ofrece tus beneficios. Somos conocidos como Elite Health Plan, Inc. Elite Health Plan, Elite Signature HMO, Elite Core HMO.

Plan premium

La cantidad que pagas por la cobertura de atención médica y medicamentos recetados de tu Elite Health Plan.

Proveedor de plan

Un proveedor de plan o red puede ser una instalación, como un hospital o una farmacia, o un profesional de la salud, como un médico o una enfermera.

Autorización previa

Algunos servicios o artículos están cubiertos solo si su proveedor de plan obtiene aprobación por adelantado de nuestro plan (a veces llamado autorización previa). Los servicios o artículos sujetos a autorización previa están marcados con un símbolo † en este documento.

Plan de farmacia minorista

Una farmacia de plan donde puedes obtener recetas. Estas farmacias suelen estar ubicadas en oficinas médicas del plan.

Área de servicio

La zona geográfica donde ofrecemos el Plan de Salud Elite "Signature HMO" y "Core HMO". Para inscribirse y permanecer como miembro de nuestro plan, debe vivir en el área de servicio del Plan de Salud Elite..

Elite Health Plan es una Organización de Mantenimiento de la Salud de Plan de Medicamentos Recetados Medicare Advantage Calificada Federalmente con un contrato de Medicare. La inscripción en Elite Health Plan depende de la renovación del contrato. Por ley, nuestro plan o CMS puede elegir no renovar nuestro contrato de Medicare.

Para obtener información sobre el Medicare Original, consulte su “**Medicare & You**” manual. Puedes verlo en línea en **medicare.gov** o consigue una copia llamando **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. TTY los usuarios deben llamar **1-877-486-2048**.

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar.



Llame a los Servicios al Miembro en **1-800-958-1129** (TTY: 711)

Horas de operación:

- 1 de Abril – 30 de Septiembre: de Lunes a Viernes, 8 a.m. – 8 p.m. PST
- 1 de Octubre – 31 de Marzo: 7 días a la semana, 8 a.m. – 8 p.m. PST

Elite Health Plan, Inc.
PO Box 1489
Orange, CA 92856

www.elitehealthplan.com

