

2026

Resumen de Beneficios



ElderServe Star

(HMO I-SNP)

Para obtener más información, llámenos al **1-800-580-7000** (TTY 711)
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.ElderServeHealth.org

ElderServe Star (HMO I-SNP)

Resumen de Beneficios

Desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por **ElderServe Star (HMO I-SNP)** desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

ElderServe Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ElderServe Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Para inscribirse en **ElderServe Star (HMO I-SNP)**, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir en nuestra área de servicio y en un hogar de ancianos o en su hogar, pero requerir el mismo nivel de atención que las personas que viven en un hogar de ancianos.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en New York: Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens, Richmond y Westchester.

ElderServe Star (HMO I-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza los proveedores que no forman parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan ElderServe Star (HMO I-SNP), excepto en casos de emergencia. 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.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted debe pagar. No figuran todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones y exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, puede visitar nuestro sitio web www.ElderServeHealth.org y consultar la “Evidencia de cobertura”, o llamarnos y solicitar la “Evidencia de cobertura”.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) para obtener más información.

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Primas mensuales, deducibles y límites sobre cuánto paga por los servicios cubiertos	
¿Cuál es el costo de la prima mensual?	\$58.80 al mes para la prima de la Parte D. Además, tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
¿Cuánto es el deducible?	Este plan tiene deducibles para algunos servicios médicos y hospitalarios, y medicamentos recetados de la Parte D. \$615 por año para los medicamentos recetados de la Parte D. \$283 por año para el deducible de la Parte B para servicios dentro de la red, excepto insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.
¿Hay un límite en lo que pagaré por mis servicios cubiertos por el plan?	Sí. Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege al establecer límites anuales para los gastos de bolsillo de los servicios de atención médica y hospitalaria. Límite anual en este plan: \$9,250 por los servicios que recibe de los proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, seguirá teniendo cobertura para servicios hospitalarios y médicos, y pagaremos el costo completo por el resto del año. Tenga en cuenta que aún debe pagar la prima mensual del plan y el costo compartido por los medicamentos con receta de la Parte D.
Primas y beneficios	
Nota: - Es posible que los servicios marcados con un ¹ requieran autorización previa. - Es posible que los servicios marcados con un ² requieran una derivación de su médico.	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ (continúa en la página siguiente)	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2026, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: - Deducible de \$1,736 para cada periodo de beneficios - Días 1 a 60: copago de \$0 - Días 61 a 90: copago de \$434 por día - Días 91 en adelante: copago de \$868 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada periodo de beneficios - Más allá de los días de reserva de por vida, pagaremos todos los costos

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Cobertura hospitalaria para pacientes internados¹ <i>(continuación)</i>	Se requiere autorización Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.
Hospitalización parcial	20% del costo y se requiere autorización
Servicios del Programa intensivo para pacientes ambulatorios	20% del costo y se requiere autorización
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios¹	20% del costo y se requiere autorización
Servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	20% del costo y no se requiere autorización
Visitas al consultorio del médico	Visita al médico de atención primaria: 20% del costo Visita a especialista: 20% del costo; solo las primeras 3 visitas no requerirán autorización previa. Se requiere autorización para todas las visitas posteriores.
Atención preventiva <i>(continúa en la página siguiente)</i> Atención preventiva <i>(continuación)</i>	Copago de \$0 Nuestro plan cubre muchos servicios de prevención, que incluyen los siguientes: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Evaluación y asesoramiento por consumo excesivo de alcohol • Visita de bienestar anual • Medición de la masa ósea

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal (enemas de bario para detección, colonoscopia, prueba inmunoquímica fecal [FIT], prueba de sangre oculta en heces con guayacol [gFOBT], sigmoidoscopia flexible) • Prueba de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes; capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos • Cuidado de visión (prueba de detección de glaucoma, prueba de detección de retinopatía diabética, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad) Prueba de detección de hepatitis C • Prueba de detección de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) • Vacunas (vacunas contra la influenza, vacuna contra la neumonía, vacunas contra la hepatitis B, vacuna contra la COVID-19) • Prueba de detección de cáncer de pulmón mediante tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Servicios de terapia de nutrición médica • Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” (una sola vez) • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual y terapia para prevenirlas • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (consejería para dejar de fumar o consumir tabaco) Cualquier otro servicio preventivo aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.
Atención de emergencia	20% del costo (hasta \$115) para cada visita. Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.
Servicios de urgencia	20% del costo (hasta \$40) para cada visita.

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	Si es ingresado en el hospital dentro de 3 días, no tiene que pagar su parte del costo de la atención médica de emergencia. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados” en este manual para informarse sobre otros costos.
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías <i>(es posible que los costos de estos servicios varíen en un centro para cirugía ambulatoria)</i>	Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]): 20% del costo Se requiere autorización para MRI y tomografía por emisión de positrones (PET) Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 20% del costo Servicios de laboratorio: 20% del costo Radiografías para pacientes ambulatorios: 20% del costo Servicios de radiología terapéutica (como tratamientos de radioterapia contra el cáncer): 20% del costo Los servicios de laboratorio de rutina no requieren autorización. Algunos servicios de laboratorio podrían requerir una autorización.
Servicios de la audición¹	Examen para diagnosticar o tratar problemas de equilibrio o audición: 20% del costo Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio están limitadas a una por año sin autorización previa. Todas las evaluaciones posteriores requerirán una autorización previa.
Servicios dentales¹	Servicios dentales limitados (esto no incluye servicios en relación con atención, tratamiento, empaste, remoción o reemplazo de dientes): 20% del costo Se requiere autorización
Servicios de visión¹	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba de detección anual de glaucoma): 20% del costo Las evaluaciones diagnósticas para el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos están limitadas a una por año sin autorización previa. Cualquier evaluación posterior requerirá una autorización previa. Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas: 20% del costo y no se requiere autorización
Atención de salud mental¹ <i>(continúa en la página siguiente)</i>	<u>Servicios psiquiátricos hospitalarios para pacientes internados:</u> Nuestro plan cubre hasta 190 días durante toda su vida para atención de la salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no aplica a servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en un hospital general.

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Atención de salud mental¹ (continuación)	Los copagos para los beneficios hospitalarios y en centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día que es ingresado como paciente hospitalizado y finaliza cuando no recibe atención para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si acude a un hospital o a un SNF luego de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible del paciente hospitalizado para cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Pero una vez que haya usado estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días. En 2026, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: • Deducible de \$1,736 para cada periodo de beneficios • Días 1 a 60: copago de \$0 • Días 61 a 90: copago de \$434 por día • Días 91 en adelante: copago de \$868 por día por cada “día de reserva de por vida” para cada periodo de beneficios. • Más allá de los días de reserva de por vida, pagamos todos los costos <u>Servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios:</u> Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: 20% del costo Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios: 20% del costo Se requiere autorización
Centro de enfermería especializada (SNF)¹	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. En 2026, los montos para cada periodo de beneficios son los siguientes: • Días 1 a 20: copago de \$0 para cada período de beneficios • Días 21 a 100: copago de \$217 por día • Día 101 en adelante: usted paga todos los costos Se requiere una estadía mínima de 3 días en el hospital. Se requiere autorización
Rehabilitación ambulatoria¹	Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón): 20% del costo Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva: 20% del costo

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	Servicios de rehabilitación pulmonar: 20% del costo Servicios de terapia de ejercicios supervisada (SET) para arteriopatía periférica (PAD) sintomática: 20% del costo Visita de terapia ocupacional (OT): 20% del costo Visita de fisioterapia (PT) y terapia del habla y del lenguaje: 20% del costo Se requiere autorización
Ambulancia¹	20% del costo Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹	Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia o radiación: 20% del costo Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo Se requiere autorización No pagará más que el monto del coaseguro por servicios de administración de quimioterapia, incluidos medicamentos de quimioterapia/radiación u otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Original Medicare.
Lo que paga por las vacunas:	Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
Lo que paga por la insulina:	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.
Cuidado de los pies (servicios de podología)¹	Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones: 20% del costo Se requiere autorización Si tiene un diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de seis (6) visitas a un podólogo. Si no tiene un diagnóstico de diabetes, se requerirá una autorización después de la cuarta (4.^{ta}) visita al podólogo.
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)¹	20% del costo

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

	Se requiere una autorización para equipo médico duradero (DME) (artículos no desechables que tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$500 o más Se requiere una autorización para suministros de DME (artículos desechables que no tienen una vida útil de más de 1 año) con un costo de \$250 o más
Dispositivos prostéticos (<i>aparatos ortopédicos, miembros artificiales, etc.</i>) ¹	Dispositivos prostéticos: 20% del costo Suministros médicos relacionados: 20% del costo Se requiere autorización
Suministros y servicios para la diabetes ¹	Suministros para el control de la diabetes: \$0 Cubrimos fabricantes específicos de suministros y servicios para diabéticos: De Roche y LifeScan Se requiere autorización Capacitación para el autocontrol de la diabetes: 20% del costo No se requiere autorización Zapatos o plantillas terapéuticas: 20% del costo Se requiere autorización
Programas de bienestar (<i>programas de ejercicios</i>)	Sin cobertura

Beneficios complementarios opcionales

El plan ElderServe Star (HMO I-SNP) ofrece servicios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. A continuación, enumeramos un resumen de los beneficios complementarios:

Beneficio para suministros de venta libre (OTC) (<i>continúa en la página siguiente</i>) Beneficio para	Nuestro plan cubre artículos de venta libre hasta un monto de \$185 por mes. Tiene dos formas de obtener artículos OTC elegibles: • Utilizar una tarjeta OTC proporcionada por ElderServe en cualquier ubicación participante, o • Pedir artículos de OTC haciendo un pedido en línea a través de un catálogo en línea Cualquier parte no usada no será transferida de un mes al siguiente. El saldo de OTC no se transfiere de un año a otro.
--	---

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

suministros de venta libre (OTC) <i>(continuación)</i>	Los artículos de OTC cubiertos pueden comprarse únicamente para el miembro. Este beneficio no puede canjearse por dinero en efectivo. Usted no tiene ningún costo por este beneficio.
Beneficio para suministros de venta libre (OTC) más comestibles	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. Se le permite gastar el 50% (\$92.50) del monto del beneficio de OTC en alimentos y productos frescos. Los beneficios mencionados son parte de un programa complementario especial para enfermos crónicos. Algunos ejemplos de afecciones incluyen trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su condición. Se notificará y se les proporcionarán instrucciones a los miembros elegibles sobre cómo acceder a este beneficio.

Beneficios de medicamentos con receta

Gasto anual de bolsillo de la Parte D (TrOOP o RxMOOP)	Después de pagar su deducible anual, según su ingreso y su estado institucional, usted paga un coseguro del 25% del costo por todos los medicamentos cubiertos por este plan hasta que el costo anual total de los medicamentos alcance los \$2100. El costo anual total de los medicamentos es el costo total de los medicamentos que usted y nuestro plan de la Parte D pagaron. Nivel 1: Coseguro del 25% Puede conseguir sus medicamentos en farmacias minoristas de la red y farmacias con servicio de envío por correo. Si reside en un centro de atención médica a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia minorista. Puede comprar medicamentos en una farmacia que no forma parte de la red al mismo costo que en una farmacia que forma parte de la red.
Cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que alcanza el umbral de gasto anual de bolsillo de \$2100, ingresa a la fase de cobertura en situaciones catastróficas. Esto significa que no tendrá ningún costo compartido para los medicamentos del Formulario de la Parte D de Medicare.

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los manuales del Resumen de beneficios correspondientes. O bien, utilice el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual “**Medicare y Usted**”. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sitio web y números de teléfono de ElderServe Star (HMO I-SNP)

- Llame a la línea gratuita 1-800-580-7000; los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Puede encontrar todos los materiales del plan, incluido el Directorio de proveedores y farmacias en www.ElderServeHealth.org
- También puede consultar la lista completa de medicamentos cubiertos (Formulario) en nuestro sitio web mencionado anteriormente.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia de los materiales de nuestro plan.

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

ElderServe Star (HMO I-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ElderServe Star (HMO I-SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-580-7000 o TTY/TDD 711 para obtener más información.

Este documento está disponible en otros formatos, como en braille y letra grande. Este documento puede estar disponible en otros idiomas que no sean inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-800-580-7000.

Lista de verificación antes de la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Servicio al Cliente al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711).

Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.ElderServeHealth.org o llame al 1-800-580-7000 (TTY/TDD 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deberá seleccionar otro médico.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted utiliza para obtener sus medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente deberá seleccionar otra farmacia para surtir sus recetas.
- ☐ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, la prima o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- ☐ Excepto en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios que prestan proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de proveedores).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales institucional (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátrica, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de camas giratorias o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que brinde servicios similares.
- ☐ Efecto sobre la cobertura actual.

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

Aviso de no discriminación de ElderServe Health, Inc.

ElderServe Health, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrito en el 45 CFR CFR § 92.101(a)(2)). ElderServe Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata en términos menos favorables por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc.:

- Proporciona modificaciones razonables y servicios y asistencia auxiliares gratuitos adecuados a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita modificaciones razonables, servicios y asistencia auxiliares adecuados, o servicios de asistencia en otros idiomas, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

ATTN Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463

Teléfono: 1-347-842-3660, TTY 711
Fax: 1-888-341-5009

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico 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, 1-800-537-7697 (TDD)

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

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

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

English ATTENTION: If you speak another language, 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 **800-580-7000** (TTY: **711**); or speak to your provider.

Español (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 **800-580-7000** (TTY: **711**) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) 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 **800-580-7000** (文本电话: **711**) 或咨询您的服务提供商。

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону **800-580-7000** (TTY: **711**) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan **800-580-7000** (TTY: **711**) oswa pale avèk founisè w la.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **800-580-7000** (TTY: **711**) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' **800-580-7000** (TTY: **711**) o parla con il tuo fornitore.

(Yiddish) יידיש נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פאר דיר פריי. צונעמען און באדינונגס אלער צראוויידינג אינאלאמאציע אין צוטריטלעך אללאמאטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן **800-580-7000** (TTY: **711**), אדער רעדן מיט דיין טרעגער.

(Bengali) ইংরেজিতে মনোযোগ: আপনি যদি অন্য ভাষা বলতে পারেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। **800-580-7000** (TTY: **711**); অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

POLSKI (Polish) 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 **800-580-7000** (TTY: **711**) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ElderServe Star (HMO I-SNP): Resumen de Beneficios

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم (TTY: 711) 800-580-7000 أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

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 800-580-7000 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

اردو (Urdu)

توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 800-580-7000 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang 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 800-580-7000 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 800-580-7000 (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Hindi हिंदी 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। 800-580-7000 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ElderServe Health

1-800-580-7000 (TTY/TDD 711)

de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este, los 7 días de la semana.

www.ElderServeHealth.org