

2024



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de Beneficios

Elderplan Extra Help (HMO-POS)

del 01 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (_____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de teléfono importantes

Servicios para los Miembros

1-800-353-3765, TTY 711,
de 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana



Resumen de beneficios

para **Elderplan Extra Help (HMO-POS)**

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester

Acerca de Elderplan

Elderplan es miembro de MJHS Health System, una organización de atención médica sin fines de lucro fundada en 1907 por Las Cuatro Damas de Brooklyn, con base en los valores centrales de compasión, dignidad y respeto. MJHS cuenta con una gran trayectoria en el cuidado de neoyorquinos en riesgo de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado militar.

Una de las tantas ventajas de ser miembro de Elderplan/HomeFirst es que formamos parte de la familia de MJHS Health System, que incluye lo siguiente: atención domiciliaria de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los centros MJHS Isabella y MJHS Menorah para rehabilitación y atención de enfermería. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas en todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.

Elderplan considera que mantenerse saludable no siempre es tan fácil como consultar al médico o tomar los medicamentos según las indicaciones. Lamentablemente, las brechas en el acceso a la atención médica de calidad por cuestiones de raza, origen étnico, género y estabilidad económica siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, Elderplan marca el camino hacia una buena atención comprometiéndose con la igualdad en la salud, con cerrar estas brechas en la atención y con garantizar que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.



Elderplan Extra Help (HMO-POS)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que califican para Extra Help. Este plan ofrece cobertura para la atención médica, la atención en el hospital y para medicamentos con receta sin primas o con primas y copagos bajos. Además, ofrece beneficios adicionales como la consulta con un dentista o especialista sin costos agregados, una tarjeta de consumo Flex y de productos de venta libre (OTC)* ampliada y la dedicación de un equipo de administración de la atención que estará para apoyarlo y orientarlo

a través de la ayuda para coordinar sus beneficios, responder sus preguntas y más.

Los miembros de este plan también podrán participar en nuestro Programa de incentivos para el bienestar (que le da recompensas por recibir las vacunas y hacerse los exámenes elegibles), obtener una membresía de gimnasio para mantenerse saludable y acceder a nuestro premiado programa Member-to-Member.

Elderplan. Marcamos el camino hacia una buena atención.

Contenido

Sección I: Introducción al resumen de beneficios7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información acerca de Elderplan Extra Help

Sección II: Resumen de beneficios 15

- Prima mensual, deducible y costos máximos que paga de su bolsillo
- Beneficios que cubre Medicare
- Beneficios de medicamentos con receta
- Otros beneficios cubiertos

Beneficios de un vistazo

	¡NUEVO! Libertad de elegir a cualquier especialista o dentista sin costo adicional	\$0
	Consultas con médicos (atención primaria)	
	Deducible de la Parte B	
	Acupuntura extendida	
	Juegos mentales con BrainHQ®	
	Servicio dental preventivo e integral complementario	
	Examen auditivo de rutina	
	Examen de la vista de rutina	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
	Transporte	
	Acceso a la atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana con Teladoc®	\$25
	Atención de un especialista	
	Podiatría de rutina	\$500 por año
	Tarjeta Flex‡	
	Beneficios de productos de venta libre (OTC)	\$140 cada trimestre
	Utilice su beneficio de OTC para adquirir productos relacionados con la salud, alimentos y comidas preparadas también.	

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

*Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos y comidas preparadas como parte de la asignación de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

‡El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una tarjeta de asignación de \$500 para utilizar durante el 2024 para cubrir costos que debe pagar de su bolsillo para los servicios dentales, de la visión, auditivos y/o de acondicionamiento físico.

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, en caso de que Medicaid o un tercero no la pague.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2024 de Elderplan Extra Help (HMO-POS). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

HORARIO DE ATENCIÓN DE ELDERPLAN EXTRA HELP

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

Números de teléfono y sitio web de Elderplan Extra Help

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Este documento está disponible en español y chino de manera gratuita. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesitan información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Elderplan Extra Help (HMO-POS), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester.

INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE MEDICARE

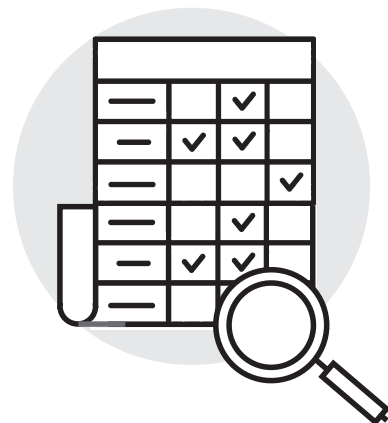
Tiene opciones sobre cómo obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal. Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare, como por ejemplo, Elderplan Extra Help (HMO-POS).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan Extra Help (HMO-POS) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Extra Help y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare y usted**”. Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov/es/publications/10050-S-Medicare-and-You.pdf> o solicitar una copia impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



Información acerca de Elderplan Extra Help

Requisitos de elegibilidad para nuestro plan

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Extra Help (HMO-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores que están dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y beneficios de cualquiera de los proveedores de nuestra red que puede encontrar en el Directorio

de proveedores y farmacias. Además, nuestro plan incluye la cobertura de punto de servicio (POS) para algunos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya decidido desvincularse de Medicare. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web www.elderplan.org o bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare, y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.

- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web,

www.elderplan.org. También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se

encuentre y de los niveles de costo compartido del plan.

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son: Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: medicamentos genéricos
- Nivel 3: medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen “Extra Help” (Ayuda adicional) y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura (Sección 7 del Capítulo 2).

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Extra Help.

Elderplan Extra Help (HMO-POS)		
Prima mensual (Prima de la Parte D)	\$34.70	Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible de la Parte B	\$0	
Máximo que paga de su bolsillo	\$7,550 Servicios prestados dentro y fuera de la red combinados	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo por servicios prestados dentro y fuera de la red combinados, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que deberá seguir pagando la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Usted paga por admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Del día 1 al 5: copago de \$390 por día. • A partir del día 6: copago de \$0 por día. 	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 20%	
	Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC)	Coseguro del 20%	
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Copago de \$0 para visitas al consultorio y servicios de telesalud.	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Especialistas	<p>Dentro de la red Copago de \$25 para visitas al consultorio. Copago de \$10 para cada servicio de telesalud.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$25 para visitas al consultorio.</p>	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<p>Dentro de la red Copago de \$25 para visitas al consultorio.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$25 para visitas al consultorio.</p>	Solo se requiere autorización para las visitas domiciliarias.

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva	Copago de \$0 para un examen físico anual.	Este examen está cubierto además del examen de “Bienvenido a Medicare” y la consulta anual de “Bienestar”.
		Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y orientación de abuso de alcohol • Examen de biomarcadores en sangre • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo - Pruebas con enemas de bario - Colonoscopias de detección - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles • Prueba de detección de depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de glaucoma • Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Prueba de detección de Hepatitis C • Prueba de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (exámenes) • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Servicios de tratamiento nutricional • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas contra el COVID-19, vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo • Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “Bienestar”

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de emergencia	Atención de emergencia	Copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$35 por cada visita al consultorio. Copago de \$10 para cada servicio de telesalud.	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare • Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos		Copago de \$0 para cada servicio.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Procedimientos y exámenes de diagnóstico		Copago de \$35 por cada servicio.
	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Radiografías para pacientes externos		Copago de \$20 para cada servicio.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i></p>	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) 	<p>Coseguro del 20% para cada servicio.</p>	<p>Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).</p>

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Copago de \$35 para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare que se hace cada tres años.	
	Audífonos	Beneficio máximo de \$500 cada 3 años para un oído. Copago de \$0 por adaptación/ evaluación de audífonos cada 3 años. Este beneficio solo puede utilizarse para un oído.	Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental	Servicios dentales preventivos	La cobertura de \$0 de los servicios dentales preventivos complementarios se limita a los códigos de servicios seleccionados de las siguientes categorías (servicios prestados dentro y fuera de la red combinados).	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales	La cobertura de los servicios dentales preventivos integrales se limita a los códigos de servicios seleccionados de las siguientes categorías (servicios prestados dentro y fuera de la red combinados).	Servicios dentales integrales complementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la American Dental Association.
		Coseguro del 20% por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Servicios dentales preventivos e integrales complementarios

Dentro y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales complementarios de diagnóstico y preventivos		
Exámenes		
Examen bucal periódico	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal limitado	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal centrado en el problema	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen de seguimiento	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen periodontal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografías		
Serie completa de radiografías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía periapical	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía oclusal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de proyección 2D	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Radiografía de aleta de mordida: dos placas	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: tres placas	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho imágenes	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía panorámica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Imágenes fotográficas 2D	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Limpiezas		
Profilaxis (limpieza): adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Aplicación tópica de flúor	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Servicios dentales integrales complementarios		
Servicios de restauración		
Empaste de plata: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Incrustación: metálica, una superficie	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, tres o más superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Restauración: metálica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: compuesto a base de resina	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: 3/4 compuesto a base de resina	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal altamente noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: compuesto/resina con base de metal	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Corona: porcelana fundida a metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a titanio/aleaciones de titanio	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal muy noble fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal predominantemente innoble fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal noble fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Nuevo cementado: incrustación, restauración o carilla	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Recolocación de un fragmento de una pieza dental	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Corona de acero inoxidable, diente de leche	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Corona de acero inoxidable, diente de adulto	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retención con perno	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base además de corona	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Cada perno adicional fabricado indirectamente	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base prefabricados, además de corona	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente

Servicios de endodoncia

Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Terapia pulpar: diente frontal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Terapia pulpar: diente trasero	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Endodoncia: diente frontal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Endodoncia: premolar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Endodoncia: diente trasero	\$40	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia: diente frontal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia previa: premolar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Retratamiento de endodoncia: diente trasero	\$40	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía: diente frontal	\$40	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía: premolar, primera raíz	\$40	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía: diente trasero, primera raíz	\$40	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía: cada endodoncia adicional	\$40	Una vez en la vida, por diente
Empaste retrógrado: por endodoncia	\$40	Una vez en la vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: anteriores	\$40	Una vez en la vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: premolares	\$40	Una vez en la vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: molares	\$40	Una vez en la vida, por diente
Servicios de periodoncia		
Tratamientos de encías	\$40	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento de encía y hueso	\$150	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Tratamiento de encía y hueso	\$150	Una vez cada 60 meses, por cuadrante

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Limpieza profunda: para que el dentista pueda evaluar la boca	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Limpieza profunda: limpieza posterior al tratamiento de encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

Servicios maxilofaciales: extraíbles

Dentadura postiza superior completa	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior completa	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial (a base de resina)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: a base de resina	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial (metal fundido)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial (metal fundido)	\$150	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Dentadura postiza parcial de un solo lado (metal fundido, superior)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado (metal fundido, inferior)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial para un solo lado de la boca: material plástico flexible	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial para un solo lado de la boca: material plástico	\$150	Una vez cada 60 meses
Ajuste de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza superior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza inferior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Reparación de dentadura postiza: dentadura postiza inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza: dentadura postiza superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Reemplazo de diente roto/faltante, dentadura postiza completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza parcial: reparación de material plástico en dentadura postiza parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza parcial de material plástico en dentadura postiza parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación/reemplazo de cierre roto, por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto, por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza superior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza inferior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sobredentadura, completa superior	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, parcial superior	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, completa inferior	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, parcial inferior	\$150	Una vez cada 60 meses
Servicios de prostodoncia		
Póntico: metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal predominantemente innoble fundido	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Póntico: metal noble fundido	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a titanio	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal predominantemente innoble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal fundido para unión con resina	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, restauración: metal altamente noble fundido, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona retenedora: corona de resina	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Retenedor: resina con metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal predominantemente innoble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona retenedora: porcelana/cerámica	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona retenedora: porcelana/titanio y aleaciones	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal muy noble fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona retenedora: metal predominantemente innoble fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal noble fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Recementado o reconstitución, por unidad	Sin cargo	Con cobertura
Cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción quirúrgica: diente brotado	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado, tejido blando	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	\$100	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso	\$100	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$100	Una vez en la vida, por diente
Extracción quirúrgica de restos radiculares	\$100	Una vez en la vida, por diente
Cierre de fístula oroantral	\$100	Una vez en la vida, por diente
Acceso quirúrgico de diente no brotado	\$100	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	\$100	Una vez en la vida, por diente
Alveoloplastia con extracción, por cuadrante	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Alveoloplastia: por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por cuadrante
Vestibuloplastia: extensión de rebordes (segunda epitelización)	\$100	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral: maxilar y mandíbula	\$100	Con cobertura
Extracción de torus mandibular	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	\$100	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$100	Con cobertura
Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$100	Con cobertura
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$100	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Extirpación de encía pericoronar	\$100	Con cobertura
Servicios generales complementarios		
Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia por bloqueo regional	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia por bloqueo de división trigeminal	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local	Sin cargo	Con cobertura
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Con cobertura
Consulta en consultorio para observación (durante horas programadas regularmente): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusal: limitado	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusal: completo	Sin cargo	Con cobertura

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención oftalmológica	Exámenes de la vista	Copago de \$25 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	Puede recibir un examen de la vista por año.
		Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos.	
	Servicios oftalmológicos – (Anteojos):	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	Incluye anteojos y lentes de contacto.
		Copago de \$0 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$150 por año como máximo.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental	Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga Por admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Del día 1 al 5: copago de \$350 por día. • A partir del día 6: copago de \$0 por día. 	Se requiere autorización.
	Atención de salud mental para pacientes externos	Dentro de la red Sesiones individuales de atención de salud mental: copago de \$20 para cada sesión en el consultorio. Sesiones grupales de atención de salud mental: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio. Copago de \$10 para cada servicio de telesalud.	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	Fuera de la red Sesiones individuales de atención de salud mental: copago de \$20 para cada sesión en el consultorio. Sesiones grupales de atención de salud mental: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sesiones individuales de servicios de psiquiatría: copago de \$25 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Copago de \$10 para cada servicio de telesalud.</p>	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	Fuera de la red Sesiones individuales de servicios de psiquiatría: copago de \$25 para cada sesión en el consultorio. Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.	Para obtener detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.
Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada	Centro de enfermería especializada	Paga por admisión: Del día 1 al 20: copago de \$0 por día. Del día 21 al 100: copago de \$196 por día. Del día 101 en adelante: paga todos los costos.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita terapia para paciente externo	Fisioterapia	Dentro de la red Copago de \$25 para cada visita al consultorio.	Se requiere autorización.
		Fuera de la red Copago de \$25 para cada visita al consultorio.	
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Copagos para servicios de ambulancia	Copago de \$215 por cada viaje de ida o de vuelta.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 32 viajes de ida o vuelta para fines médicos cada año.	También puede tomar un taxi, un autobús, el metro o una camioneta.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Copago de hasta \$35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Algunos medicamentos con receta de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Es posible que se requiera una autorización para ciertos medicamentos.

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir subsidio por bajos ingresos (también llamado “Extra Help” [Ayuda adicional]), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla para los medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la ayuda adicional que reciba.

Prima de la Parte D	\$34.70 por mes.
Deducible de la Parte D	Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: el deducible de la Parte D es \$0. Medicamentos de los Niveles 4 y 5: el deducible de la Parte D es \$545. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$545; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.



Resumen de beneficios – Elderplan Extra Help (HMO-POS) 2024

Parte D de Medicare				
Deducible de la Parte D y etapa de cobertura inicial				
Nivel Nombre del nivel	Deducible de la Parte D	Etapa de cobertura inicial		
		Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 30 días)*Ω	Costo compartido en farmacia minorista (hasta 90 días de suministro)^ †Ω	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (hasta 90 días de suministro) †Ω
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$4 de copago	\$12 de copago	\$8 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos		\$10 de copago	\$30 de copago	\$20 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		\$47 de copago	\$141 de copago	\$94 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$545	\$100 de copago	\$300 de copago	\$200 de copago
Nivel 5: Nivel de medicamentos especializados		25% Coseguro	25% Coseguro	25% Coseguro

Parte D de Medicare

* Costo compartido para un suministro para un mes en una farmacia minorista (dentro de la red), un centro de atención a largo plazo (31 días) o una farmacia fuera de la red.

^El suministro para 60 días también está disponible para la venta minorista estándar (dentro de la red).

†Suministro en días no extendido (NDS). Ciertos medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

Ω Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible. Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Etapa del período sin cobertura

Usted paga el 25% del precio de los medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos.

Si recibe Ayuda adicional, no ingresará en la Etapa del período sin cobertura. En lugar de eso, continuará pagando el costo compartido de la Etapa de cobertura inicial hasta la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Parte D de Medicare

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) lleguen a un total de \$8,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa de pago, el plan se hace cargo del costo total de sus medicamentos con cobertura de la Parte D. Usted no paga nada.

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita equipos y suministros médicos	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a ciertos fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro del 20% por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.	Se requiere autorización para determinados artículos.
	Suministros médicos	Coseguro del 20% para suministros médicos.	Se requiere autorización.

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita equipos y suministros médicos <i>(continuación)</i>	Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	Dentro de la red Copago de \$25 para cada visita al consultorio. Fuera de la red Copago de \$25 para cada visita al consultorio.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$10 copago para los servicios de rehabilitación cardíaca.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan

Servicios de acupuntura extendida

Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios:

- Acupuntura
- Ventosaterapia/Moxibustión
- Acupresión
- Tui Na
- Gua Sha
- Reflexología
- Terapia con luz infrarroja

Juegos mentales con BrainHQ®

No hay copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa para el bienestar de la memoria en línea que mejora el funcionamiento del cerebro a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.

Tarjeta Flex

No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$500 para utilizar durante el 2024 para cubrir costos que debe pagar de su bolsillo para los servicios dentales, de la visión, auditivos y/o de acondicionamiento físico. El dinero de las prestaciones que no haya utilizado caducará al final del año natural o si se da de baja del plan.

Más beneficios con su plan	
Productos de venta libre (OTC)	Usted puede comprar hasta \$140 por trimestre de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
OTC + alimentos + comidas preparadas*	** Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios complementarios especiales para los enfermos crónicos se combinan con el beneficio de productos de OTC para cubrir ciertos alimentos y comidas preparadas como parte de la asignación trimestral de OTC.
Servicios rutinarios de podiatría	Dentro de la red Copago de \$25 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año. Fuera de la red Copago de \$25 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año.

Más beneficios con su plan

**Programa de
acondicionamiento físico
Silver&Fit®**

El programa Envejecimiento saludable y ejercicios de Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a una afiliación a un centro de acondicionamiento físico en un centro de la red participante y la opción de elegir un kit de acondicionamiento físico para el hogar que incluye opciones como un seguimiento de acondicionamiento físico portátil o un kit de fuerza. También hay disponibles clases de entrenamiento a la carta y sesiones individuales de asesoramiento para un envejecimiento saludable, así como el Well-Being Club.

Teladoc®

Con un costo compartido de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana por videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.

Más beneficios con su plan

**Emergencia internacional/
Transporte de emergencia /
Cobertura urgente**

Copago de \$0 para la Cobertura internacional de emergencia / Transporte de emergencia / Cobertura urgente. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.



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

Español (Spanish)

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información en otros idiomas

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

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

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

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

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

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

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lista de verificación para la preinscripción

Es importante que usted comprenda totalmente nuestros beneficios y nuestras normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar al servicio al cliente y hablar con un representante al **1-800-353-3765**.

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) ofrece una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y las prestaciones del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al **1-800-353-3765** para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- Asegúrese de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo comprender normas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no concertados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderle. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores no concertados pueden denegar la atención.
- Hemos cotejado su cobertura médica y de medicamentos con receta con la cobertura de su plan actual. Una vez que se verifique su inscripción, pasará a estar afiliado a Elderplan y dejará de tener la cobertura de su plan actual.

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

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

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.