

2024



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de Beneficios

Elderplan Flex (HMO-POS)

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (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 Flex (HMO-POS)**

Del 1 de enero 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 Flex (HMO-POS)

Descripción general del plan













Es un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que ofrece la flexibilidad de elegir los beneficios y los médicos que desea. Además de brindar cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos con receta, el plan también permite elegir un beneficio de productos de venta libre (OTC) que puede usar para adquirir artículos de venta libre habituales, alimentos y comidas con entrega a domicilio, O BIEN transporte desde y hacia las citas médicas. También puede consultar a un especialista o un dentista sin costo adicional, y cuenta con un equipo de administración de la atención dedicado, que estará

presente para ayudarlo y guiarlo, y que coordinará sus beneficios, responderá sus preguntas y más. Los miembros del plan también podrán participar en nuestro programa de incentivos para el bienestar, que le otorga recompensas por realizarse exámenes de detección y colocarse vacunas (que cumplan con los requisitos). Reciba una membresía para un gimnasio, que lo ayudará a mantenerse saludable, y acceda a nuestro galardonado programa de asociación de miembros (Member-to-Member). Elderplan. Marcamos el camino hacia una buena atención.

Contenido

Sección I: Introducción al resumen de beneficios	7
• Información de contacto de Elderplan	
• ¿Quién puede incorporarse a estos planes?	
• Información útil sobre Medicare	
• Información sobre Elderplan Flex	
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	

Descripción breve de los beneficios

	¡NUEVO! Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista sin costo adicional	\$0
	Consultas con el médico (atención primaria)	
	Deducible de la Parte B	
	Beneficio de acupuntura ampliado	
	Juegos mentales con BrainHQ®	
	Servicio dental preventivo e integral	
	Examen auditivo de rutina	
	Examen de rutina de la vista	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
	Acceso a atención las 24 horas, todos los días, con Teladoc®	
	Tarjeta Flex (para gastos flexibles)‡	\$500 por año
	Atención de un especialista	\$35
	Podiatría de rutina	

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Elija uno de nuestros beneficios adicionales seleccionados:



• Beneficio para productos de venta libre (OTC)

\$140 por trimestre



• Beneficio de transporte

48 viajes de ida



Use su beneficio para productos OTC para comprar artículos de salud, alimentos y también comidas.*



Use su beneficio de transporte para asistir a sitios aprobados, como a sus citas médicas.

* Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos se combinan con el beneficio de productos OTC para cubrir ciertos alimentos y comidas como parte de la asignación de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

‡ El beneficio de Tarjeta Flex otorga una asignación de \$500 que se puede usar durante el 2024 para cubrir los costos que debe pagar de su bolsillo por servicios dentales, de la vista, auditivos y 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 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 cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa, consulte la Evidencia de cobertura para 2024 de Elderplan Flex (HMO-POS). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horarios de atención de Elderplan Flex

- 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 Flex

- 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.
- Visite nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Este documento está disponible sin costo en español y en chino. 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 necesita información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede incorporarse a estos planes?

Para inscribirse en Elderplan Flex (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.

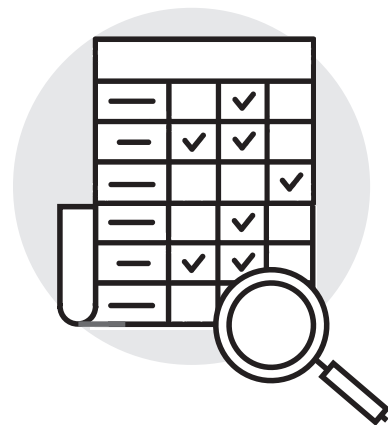
Información útil sobre Medicare

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 Elderplan Flex (HMO-POS).
- Puede usar este Resumen de beneficios para comparar Elderplan Flex y Original Medicare. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Además, puede ver lo que cubre el plan para cada uno de ellos. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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



Resumen de beneficios: Elderplan Flex (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/Pubs/pdf/10050-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, pídeles 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 sobre Elderplan Flex

Requisitos de elegibilidad para nuestro plan

- Debe estar inscrito en 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 Estados Unidos o tener presencia legal en este país.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Flex (HMO-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. El plan le permite consultar a proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre servicios y beneficios de todos los proveedores de la red que se incluyen en el Directorio de

proveedores y farmacias. El plan también brinda cobertura de punto de servicio para ciertos servicios y beneficios de todo proveedor certificado por Medicare que no haya decidido dejar de participar en 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 solicitar 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.

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más beneficios de los que brinda Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de estos 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 el proveedor.

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y todas 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. Estas son las etapas de pago de medicamentos: 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:

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

- 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
- Nivel 5: medicamentos 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 el programa de “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 Flex.

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

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

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Especialistas	<p>Dentro de la red Copago de \$35 para visitas al consultorio. Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$35 para visitas al consultorio.</p>	Llame a su proveedor actual para obtener detalles sobre los servicios de telesalud.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<p>Dentro de la red Copago de \$35 para visitas al consultorio.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$35 para visitas al consultorio.</p>	Solo se necesita autorización para las consultas a domicilio.

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva	Copago de \$0 para un examen físico anual.	Este examen tiene cobertura, además del examen “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.
		<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de alcoholismo y asesoramiento • Análisis de biomarcadores en sangre • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) 	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	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 detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino 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 • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de glaucoma • Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Prueba de detección de hepatitis C

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	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 del VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (pruebas de detección) • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Servicios de tratamiento nutricional • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de fumar • Vacunas contra la COVID-19, la hepatitis B, el neumococo y la gripe • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “bienestar”

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de emergencia	Atención de emergencia	Copago de \$90 por cada consulta en una sala de emergencias cubierta por Medicare.	No hay ningún costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$35 para visitas al consultorio. Copago de \$10 para servicios de telesalud.	Llame a su proveedor actual para obtener detalles sobre los servicios de telesalud dentro de la red.

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y exámenes de diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none">• Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare• Servicios de análisis de sangre para pacientes externos		Copago de \$0 para cada servicio.

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y exámenes de diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none">• Procedimientos y exámenes de diagnóstico		Copago de \$35 para cada servicio.

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y exámenes de diagnóstico por imágenes <ul style="list-style-type: none">• Radiografías para pacientes externos		Copago de \$20 para cada servicio.

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y exámenes de diagnóstico por imágenes • Servicios de radiología terapéutica (por ejemplo, radioterapia contra el cáncer)	Coseguro del 20% para cada servicio.	Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), MRI, angiografías por resonancia magnética (MRA) y CT.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) 		

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	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 anual (de rutina) no cubierto por Medicare.	
	Audífonos	Beneficio máximo anual de \$1,000 para ambos oídos combinados (\$500 a disposición por oído). Copago de \$0 por adaptación o evaluación anual de audífonos.	Se requiere autorización de un médico o especialista para los audífonos.

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención dental	Servicios dentales preventivos	Copago de \$0 para servicios dentales preventivos complementarios. La cobertura se limita a determinados códigos de servicios seleccionados de las categorías combinadas dentro y fuera de la red que se mencionan a continuación.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales	<p>Copago de \$0 para servicios dentales integrales complementarios; beneficio máximo anual combinado de \$1,500 para servicios dentro y fuera de la red. Le corresponde pagar todos los costos que excedan el beneficio máximo.</p> <p>La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías dentro y fuera de la red que se mencionan a continuación.</p>	<p>Servicios dentales integrales complementarios: la frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Americana.</p>

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales <i>(continuación)</i>	Coseguro del 20% para servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Servicios dentales integrales y preventivos complementarios

Dentro y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico complementarios		
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 enfocado en un 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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
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 placas	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 en 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

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

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
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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Corona: resina o compuesto con metal básico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: sustrato de porcelana o cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal predominantemente básico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a titanio o aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal altamente noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal predominantemente básico fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o carilla	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Recementado o reconstitución: corona	Sin cargo	Una vez después de 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
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	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Cada perno adicional fabricado indirectamente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Servicios de endodoncia

Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Terapia pulpar, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Terapia pulpar, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de endodoncia previa, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: premolar, primera raíz	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: molar, primera raíz	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, cada raíz adicional	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Empaste retrógrado, por raíz	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Exposición quirúrgica de la superficie radicular, anterior	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Exposición quirúrgica de la superficie radicular, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Exposición quirúrgica de la superficie radicular, molar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Servicios de periodoncia		
Tratamientos de las encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento para la periodontitis	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Tratamiento para la periodontitis	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
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 ayudar al médico a evaluar el estado bucal)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Limpieza profunda (posterior al tratamiento de las encías)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Servicios maxilofaciales, extraíbles

Dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: metal fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: metal fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Dentadura postiza parcial fabricada para un lado de la boca: material plástico flexible	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial fabricada para un lado de la boca: material plástico	Sin cargo	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 la dentadura postiza inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto o faltante, dentadura postiza completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Reparación de dentadura postiza parcial: reparación del material plástico en la dentadura postiza parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza parcial: reparación del material plástico en la dentadura postiza parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación o reemplazo de gancho 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
Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

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
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

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	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura completa inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios de prostodoncia

Póntico: metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal predominantemente básico fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Póntico: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal predominantemente básico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal fundido para unión con resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, restauración: metal altamente noble fundido, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina con metal predominantemente básico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Retenedor, corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana o cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana fundida a metal predominantemente básico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana o titanio y aleaciones	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: metal altamente noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: metal predominantemente básico fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado o reconstitución, por unidad	Sin cargo	Con cobertura

Cirugía bucal y maxilofacial

Extracción: diente erupcionado o raíz expuesta	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica: diente erupcionado	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado: tejido blando	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica de restos radiculares	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Cierre de fístula bucoantral	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Acceso quirúrgico a diente retenido	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral: superior o inferior	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía (frenilectomía) bucal o labial	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Frenectomía (frenilectomía) lingual	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de encía pericoronar	Sin cargo	Con cobertura
Servicios generales complementarios		
Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local que no se brinda 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

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Visita al 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 parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención oftalmológica	Exámenes de la vista	Copago de \$25 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos.	Puede someterse a un examen de la vista por año.
	Anteojos	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Copago de \$0 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare, hasta un máximo de \$250 por año.	Incluye lentes de contacto y anteojos.

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental	Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga por internación: <ul style="list-style-type: none">• Copago de \$350 por día, durante los días 1 a 5.• Copago de \$0 por día a partir del día 6.	Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos	<p>Dentro de la red</p> <p>Sesiones individuales de salud mental: copago de \$20 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p> <p>Sesiones grupales de salud mental: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p>	Llame a su proveedor actual para obtener detalles sobre los servicios de telesalud.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	<p>Fuera de la red Sesiones individuales de salud mental: copago de \$20 para cada sesión en el consultorio. Sesiones grupales de salud mental: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Dentro de la red Sesiones individuales de servicios de psiquiatría: copago de \$25 para cada sesión en el consultorio. Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p>	Llame a su proveedor actual para obtener detalles sobre los servicios de telesalud dentro de la red.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	<p>Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de \$5 para cada sesión en el consultorio.</p> <p>Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p> <p>Fuera 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>	

Resumen de beneficios: **Elderplan Flex (HMO-POS) 2024**

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada	Centro de enfermería especializada	<p>Usted paga por internación:</p> <p>Copago de \$0 por día, durante los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día, durante los días 21 a 100</p> <p>Todos los costos a partir del día 101</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere una internación previa en el hospital de 3 días.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
Necesita terapia para pacientes externos	Fisioterapia	<p>Dentro de la red</p> <p>Copago de \$35 para cada consulta.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>Copago de \$35 para cada consulta.</p>	<p>Se requiere autorización.</p>

Resumen de beneficios: Elderplan Flex (HMO-POS) 2024

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
	Copago de ambulancia	\$215 por cada viaje de ida.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 48 viajes de ida o vuelta para fines médicos por año.	También puede viajar en taxi, autobús, metro o camioneta. Para usar este beneficio, debe elegirlo como beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.

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

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir un subsidio por bajos ingresos (también llamado “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	\$0 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 \$375. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$375; luego, se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.



Resumen de beneficios: Elderplan Flex (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 (suministro para hasta 90 días)^ \dagger Ω	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)^ \dagger Ω
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 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	\$375	\$100 de copago	\$300 de copago	\$200 de copago
Nivel 5: Medicamentos especializados		25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

Parte D de Medicare

* Es el costo compartido para un suministro para un mes con costo minorista estándar (dentro de la red), en un centro de atención a largo plazo (31 días) o fuera de la red.

^ También tiene a disposición un suministro para 60 días con costo minorista estándar (dentro de la red).

† NDS: suministro en días no extendido. 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 las Partes 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.

Permanecerá en esta etapa hasta que los “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) sumen 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) sumen un total de \$8,000, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa de pago, el plan cubre el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no pagará nada.

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas y los glucómetros para la diabetes están limitados a fabricantes específicos: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
Necesita equipos y suministros médicos	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro del 20% por los equipos médicos duraderos (DME) cubiertos por Medicare.	Se requiere autorización para determinados artículos.
	Suministros médicos	Coseguro del 20% para suministros médicos.	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.

Otros beneficios cubiertos

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su parte del costo	Lo que debe saber
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje	<p>Dentro de la red Copago de \$35 para cada consulta.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$35 para cada consulta.</p>	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$10 para servicios de rehabilitación cardíaca.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar.	Se requiere autorización.

Beneficios adicionales con su plan

Servicios de acupuntura ampliados

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

- Acupuntura
- Aplicación de ventosas o moxibustión
- Acupresión
- Tui Na
- Gua Sha
- Reflexología
- Terapia con luz infrarroja

Juegos mentales con BrainHQ®

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

Beneficios adicionales con su plan

Tarjeta Flex	No debe pagar copagos ni coseguros para usar la Tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$500 que podrá usar durante el 2024 para cubrir los costos que debe pagar de su bolsillo por servicios dentales, de la vista, auditivos y de acondicionamiento físico. Todos los beneficios en efectivo que no se usen vencerán al finalizar el año calendario o si cancela su inscripción al plan.
Productos de venta libre (OTC)	Puede comprar productos OTC elegibles por un valor total de hasta \$140 por trimestre con una tarjeta para productos OTC provista por Elderplan. Para usar este beneficio, debe elegirlo como beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.

Beneficios adicionales con su plan

**Productos de OTC +
alimentos + comidas**

Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos se combinan con el beneficio de productos OTC para cubrir ciertos alimentos y comidas como parte de la asignación trimestral de OTC. Para usar este beneficio, debe elegir OTC como beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.

**Servicios de podiatría
de rutina**

Dentro de la red

El copago es de \$35 por consulta. Puede realizar hasta 12 consultas por año.

Fuera de la red

El copago es de \$35 por consulta. Puede realizar hasta 12 consultas por año.

Beneficios adicionales con su plan

Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®

El programa de acondicionamiento físico y envejecimiento saludable Silver&Fit® otorga a los miembros de Elderplan acceso a una membresía para un centro de entrenamiento que forma parte de la red de proveedores participantes, así como la opción de elegir uno de los kits de acondicionamiento físico en el hogar disponibles, como un dispositivo de seguimiento del estado físico o un kit de resistencia. También tiene a su disposición clases de entrenamiento a pedido, sesiones personalizadas de orientación para el envejecimiento saludable y acceso al Club de bienestar.

Teladoc®

Teladoc lo conecta, sin costo para usted, con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, mediante videoconferencias o conversaciones telefónicas a través de su teléfono, tableta o computadora. Estos médicos pueden ayudar con un diagnóstico, indicar tratamientos e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.

Beneficios adicionales con su plan

Atención de emergencia en todo el mundo, transporte de emergencia y cobertura de urgencia

El copago es de \$0 para la cobertura de emergencias internacionales, transporte de emergencia o cobertura de urgencia. 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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-353-3765 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. 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 οποιοδήποτε 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 comprenda por completo nuestros beneficios y normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765** y hablar con un representante.

Comprenda los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todos los servicios y beneficios cubiertos. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al **1-800-353-3765** para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o hable con el médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deberá 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 forma parte de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprenda las normas importantes

- Además de la prima mensual del plan, debe seguir 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 y los copagos o coseguros pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan permite que consulte a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar que sea su paciente. Salvo en casos de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a brindar tratamiento.
- 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.

 elderplan

homefirst®

un miembro del sistema de salud de MJHS

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.