

2024



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.SM



Resumen de Beneficios

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 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

1-877-891-6447, TTY 711

De 8 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care
(HMO-POS D-SNP) 2024**



Resumen de beneficios

de **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)**

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

Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam,
Queens, Richmond, Rockland y Westchester

Fecha de entrada en vigencia propuesta _____ / _____ / _____

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, sobre la base de 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 de 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, la eliminación de estas brechas en la atención y la garantía de que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.



Elderplan Plus Long-Term Care
(HMO-POS D-SNP)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare y Medicaid que necesitan atención a largo plazo en el hogar y desean disponer de servicios de atención a largo plazo, cobertura médica, hospitalaria y para medicamentos con receta, todo en el mismo plan. Tendrá la posibilidad de consultar a cualquier dentista o especialista sin costo adicional, recibirá una nueva tarjeta de gastos Flex y de productos de venta libre (OTC) ampliada, y se le asignará un administrador de atención dedicado que estará a su disposición para proporcionar apoyo y orientación, así como para ayudarlo a coordinar sus beneficios, responder a sus preguntas y mucho más.

Los miembros de este plan también podrán participar en el Programa de incentivos para el bienestar, que los recompensa por someterse a las pruebas de detección y a la aplicación de vacunas elegibles y tener acceso a nuestro galardonado Programa miembro a miembro.

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 Plus Long-Term Care	
Sección II: Resumen de beneficios	17
• Prima mensual, deducible y gastos máximos de bolsillo	
• Beneficios cubiertos por Medicare	
• Servicios dentales preventivos e integrales complementarios	
• Beneficios de medicamentos con receta	
• Otros servicios cubiertos	
Sección III: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid.....	67
• Beneficios cubiertos por Medicaid	

Beneficios de un vistazo



¡NUEVO! Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista sin costo adicional



Prima mensual del plan



Consultas con médicos (proveedor de atención primaria)



Atención de especialistas



Ampliación de los beneficios del servicio de acupuntura



Juegos mentales con BrainHQ®



Servicios dentales preventivos e integrales complementarios



Podiatría de rutina



Acceso a la atención las 24 horas, los 7 días de la semana con Teladoc®



Beneficios de los productos de venta libre (OTC)



Tarjeta Flex‡

\$0

\$270 por mes

\$500 por año



Incremento y ampliación de los beneficios de productos de venta libre. Productos de venta libre tradicionales y pagos de alquiler/hipoteca, servicios públicos, Internet, algunos alimentos y comidas a domicilio**.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

**Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos se combinan con el beneficio para productos de venta libre para incluir pagos de alquiler/hipoteca, servicios públicos, Internet, determinados alimentos y comidas a domicilio 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 asignación de \$500 para usar en 2024 en gastos de bolsillo correspondientes a servicios dentales, de la vista, de la audición 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 si no la cubre Medicaid.

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 Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Elderplan Plus Long-Term Care horas de operación

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

Números de teléfono y sitio web de Elderplan Plus Long-Term Care

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-877-891-6447**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 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 a.m. a 8 p.m. los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: www.elderplan.org.

Este documento está disponible en español y chino gratuitamente. Comuníquese con nuestro número de Servicios para los Miembros al **1-877-891-6447** para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 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 incorporarse a estos planes?

Para inscribirse en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el programa Medicaid del estado de New York, así como residir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland y Westchester.

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como beneficiarios con doble elegibilidad. Debe reunir los requisitos para recibir los beneficios totales de Medicaid y cumplir con los requisitos de

elegibilidad para la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care. El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos beneficiarios con doble elegibilidad no tienen que pagar determinados costos de Medicare. Elderplan Plus Long-Term Care cubre la mayor parte de los costos compartidos que, de otra forma, usted tendría que pagar, e incluye servicios adicionales que cubre Medicaid.

INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE MEDICARE

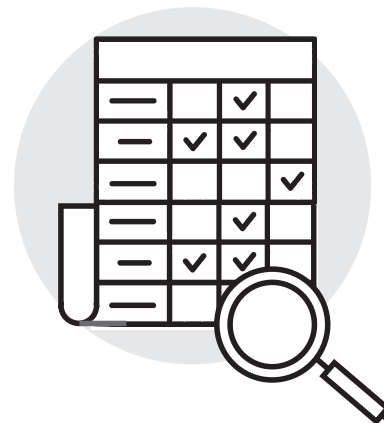
Puede elegir cómo obtener los beneficios de Medicare

- 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 Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

Este folleto del Resumen de beneficios describe brevemente los servicios que cubre Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) y lo que usted debe pagar.

- Puede comparar Elderplan Plus Long-Term Care y Original Medicare mediante 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. La tabla también incluye información sobre los servicios que recibe de Medicaid. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos muchos beneficios cubiertos por Medicaid. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (**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 Plus Long-Term Care

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para todos los beneficios de Medicaid.

Además, usted:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland y Westchester counties.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.
- Debe ser mayor de 18 años.
- Ser elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o de una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de New York a través de la herramienta de elegibilidad del estado de New York.
- Debe ser capaz, en cualquier momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

de Salud del Estado de New York.

- Debe ser elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de convalecencia (a partir del momento de la inscripción).
- Debe requerir administración de la atención y necesitar, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo comunitarios durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - a) Servicios de enfermería en el hogar
 - b) Terapias en el hogar
 - c) Servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar

- d) Servicios de atención personal en el hogar
- e) Atención médica diurna para adultos
- f) Servicio de enfermería privada
- g) Servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero puede esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de tres (3) meses, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en el Capítulo 4, Sección 2.1 de la Evidencia de cobertura se describe la cobertura durante un período de elegibilidad continua estimada).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y los beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura de punto de servicio para determinados servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya decidido dejar de participar en Medicare. Como norma general, se deben 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.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

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?

La mayoría de los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta. Si recibe “Ayuda adicional”, los montos del deducible y el costo compartido dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que recibe. Como miembro de nuestro plan, usted recibirá un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura

para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre los montos del deducible y el costo compartido.

Si **no** recibe “Ayuda adicional”, es responsable de pagar los costos de sus medicamentos de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas, 7 días a la semana.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
- Línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del Estado de New York (Oficina de Servicios Sociales) al **1-800-692-6116** entre las 9 a.m. y las 5 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Si cumple con los requisitos de elegibilidad para estar en este plan, Medicaid lo ayudará a pagar cualquier gasto de atención médica que pudiera tener.

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Prima mensual	\$0	Debido a que usted es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, la prima de su plan está cubierta en su nombre.
Deducible de la Parte B	\$0	Debido a que es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, el deducible de la Parte B de Medicare (\$240 en 2024) está cubierto en su nombre.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo

\$8,850 dentro y fuera de la red

Debido a que es un miembro con doble elegibilidad con beneficios completos de Medicaid, no es responsable de ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo combinado dentro y fuera de la red (\$8,850) por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Esto no se aplica a los costos de los medicamentos con receta.



Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por 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	Copago de \$0 por cada período de beneficios. Copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Copago de \$0.	
	Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios	Copago de \$0.	
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Copago de \$0 por cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de Telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por 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 \$0 por cada consulta.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 por cada consulta.</p>	Este beneficio también está disponible a través de Telesalud dentro de la red. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros, practicantes y auxiliares médicos	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 por cada consulta.</p>	Solo se requiere autorización para consultas en el hogar.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva	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 • Pruebas de detección del consumo abusivo de alcohol y asesoramiento • Pruebas de biomarcadores sanguíneos • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina 	

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por 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 detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo - Pruebas con enemas de bario - Colonoscopias de detección - Prueba de detección de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopias flexibles de detección • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Prueba de detección de glaucoma • Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (VHB) • Prueba de detección de Hepatitis C • Prueba de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por 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"> • Mamografías (prueba 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 gripe, la hepatitis B y el neumococo • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Consulta anual de “bienestar”

Resumen de beneficios: Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Atención de emergencia	Copago de \$0 por cada consulta.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
Necesita atención de emergencia	Atención de urgencia	Copago de \$0 por cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de Telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes, como los siguientes:	Copago de \$0 para cada servicio.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes externos • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT) • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) 	Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), angiografías por resonancia magnética

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ laboratorio/ diagnóstico por imágenes, como los siguientes: <i>(continuación)</i>		(Magnetic Resonance Angiography, MRA) y tomografías computarizadas (Computed Tomography, CT).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Exámenes auditivos	Copago de \$0 por exámenes auditivos cubiertos por Medicare.	
		Consulte Beneficios cubiertos por Medicaid.	
	Necesita atención auditiva	Audífonos	Hasta \$1,300 como límite de beneficio máximo para ambos oídos combinados una vez cada 3 años. Copago de \$0 por adaptación y evaluación de audífono(s) cada 3 años.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Servicios dentales integrales	Copago de \$0 por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	
Necesita atención odontológica	Servicios dentales preventivos complementarios	El copago de \$0 por cobertura de servicios dentales preventivos complementarios se limita a los códigos de servicios seleccionados de las siguientes categorías, tanto dentro como fuera de la red.	

Resumen de beneficios: Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención odontológica <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales complementarios	La cobertura de servicios dentales preventivos integrales complementarios se limita a los códigos de servicios seleccionados de las siguientes categorías, tanto dentro como fuera de la red.	Servicios dentales integrales complementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Americana.

Servicios dentales preventivos e integrales complementarios

Dentro y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales complementarios de diagnóstico y prevención		
Exámenes		
Evaluación bucal periódica	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal limitado	Sin cargo	Una vez al mes
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 control	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	Con cobertura
Radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía oclusal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de proyección 2D	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: dos placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: tres placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Sialografía	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía panorámica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Imágenes fotográficas 2D	Sin cargo	Dos veces cada 6 meses
Captura por tomografía computarizada de haz cónico	Sin cargo	Con cobertura
Moldes de diagnóstico	Sin cargo	Con cobertura
Limpiezas		
Profilaxis (limpieza): adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control de enfermedades bucodentales	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Servicios dentales integrales complementarios

Servicios de restauración

Empaste de plata: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Empastes del color del diente: dos superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 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/cerámica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/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 compuesto a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Corona: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: resina con predominio de metal base	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/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 base	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/aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: fundición completa de metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: fundición completa de metal predominantemente base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: fundición completa de metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Con cobertura
Recolocación de un fragmento de una pieza dental	Sin cargo	Con cobertura
Restauración de protección	Sin cargo	Con cobertura
Retención de espiga, por diente, además de la restauración	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Perno y muñón dental, 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 muñón dental prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Extracción del perno	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Servicios de endodoncia

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	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Retratamiento de endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Servicios de apicectomía/ cirugía perirradicular: anterior	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Servicios de apicectomía/ perirradicular: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía/cirugía perirradicular: molar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Empaste retrógrado, por raíz	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Amputación radicular: por raíz	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA SUPERFICIE RADICULAR: ANTERIOR	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA SUPERFICIE RADICULAR: PREMOLAR	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

EXPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA SUPERFICIE RADICULAR: MOLAR	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Servicios de periodoncia		
Tratamiento de las encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Gingivectomía: de uno a tres dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento de las encías: parte superior o inferior de la boca	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Tratamiento de encías y huesos	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Tratamiento de encías y huesos	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Raspado periodontal y alisado radicular, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por cuadrante
Raspado periodontal y alisado radicular, de 1 a 3 dientes	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por cuadrante
Mantenimiento periodontal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 48 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Dentadura postiza parcial de maxilar: base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Dentadura postiza parcial: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Dentadura postiza parcial: maxilar, metal fundido	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Dentadura postiza parcial: mandibular, metal	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL REMOVIBLE: MAXILAR	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL REMOVIBLE: MANDIBULAR	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL REMOVIBLE: BASE FLEXIBLE	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL REMOVIBLE: 1 PIEZA, RESINA	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 3 meses
Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 3 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 3 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 3 meses
REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA CON ROTURA, MANDIBULAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA COMPLETA CON ROTURA, MAXILAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza completa (cada diente)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MANDIBULAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MAXILAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
REPARACIÓN DE ESTRUCTURA PARCIAL FUNDIDA, MANDIBULAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

REPARACIÓN DE ESTRUCTURA PARCIAL FUNDIDA, MAXILAR	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación o reemplazo de cierre roto	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 en la vida, por diente
Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Acondicionamiento del tejido: superior	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Acondicionamiento del tejido: inferior	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Sobredentadura: maxilar completa	Sin cargo	Una vez cada 48 meses

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Sobredentadura: maxilar parcial	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Sobredentadura: mandibular completa	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Sobredentadura: mandibular parcial	Sin cargo	Una vez cada 48 meses
Colocación quirúrgica de implantes: implante endosteal	Sin cargo	Según informe
Colocación quirúrgica de miniimplantes	Sin cargo	Según informe
Barra de conexión implantosoportada	Sin cargo	Según informe
Pilar prefabricado, incluye colocación	Sin cargo	Según informe
Pilar fabricado a medida, incluye colocación	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/cerámica con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/metal altamente noble con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/metal base con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/metal noble con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de metal altamente noble fundido con pilar	Sin cargo	Según informe

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Corona de metal base fundido con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de metal noble fundido con pilar	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/cerámica con implante	Sin cargo	Según informe
Corona de porcelana/metal altamente noble con implante	Sin cargo	Según informe
Corona de metal altamente noble con implante	Sin cargo	Según informe
CORONA CON IMPLANTE: PORCELANA/ALEACIONES DE METAL BASE	Sin cargo	Según informe
CORONA CON IMPLANTE: PORCELANA/ALEACIONES DE METAL NOBLE	Sin cargo	Según informe
CORONA CON IMPLANTE: PORCELANA/ALEACIONES DE TITANIO	Sin cargo	Según informe
CORONA PROVISIONAL SOBRE IMPLANTE	Sin cargo	Según informe
CORONA CON IMPLANTE: ALEACIONES DE METAL BASE	Sin cargo	Según informe
CORONA CON IMPLANTE: ALEACIONES DE METAL NOBLE	Sin cargo	Según informe

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

CORONA CON IMPLANTE: ALEACIONES DE TITANIO	Sin cargo	Según informe
CORONA CON PILAR: PORCELANA/ALEACIONES DE TITANIO	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE: PORCELANA/ALEACIONES DE METAL BASE	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA: PORCELANA/ALEACIONES DE METAL NOBLE	Sin cargo	Según informe
Desbridamiento de defecto periimplantario	Sin cargo	Según informe
Desbridamiento y contorneado de defecto periimplantario	Sin cargo	Según informe
Injerto óseo para reparación de defecto periimplantario	Sin cargo	Según informe
Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	Sin cargo	Según informe
Dentadura postiza superior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Según informe
Dentadura postiza inferior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Según informe

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Dentadura postiza superior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Según informe
Dentadura postiza inferior completa extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Según informe
Dentadura postiza superior completa extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE: PORCELANA/TITANIO	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL: ALEACIONES DE METAL BASE	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL: ALEACIONES DE METAL NOBLE	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE IMPLANTE PARA DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA DE METAL: TITANIO	Sin cargo	Según informe
PILAR DE SEMIPRECISIÓN: COLOCACIÓN	Sin cargo	Según informe
RETENEDOR DE PILAR: PORCELANA/TITANIO	Sin cargo	Según informe

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Servicios de prostodoncia

Póntico: metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal predominantemente base fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: 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 base	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 prótesis fija adherida con resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Corona de retención: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: resina con metal predominantemente base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: porcelana fundida a metal predominantemente base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: porcelana/titanio y aleaciones	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: metal altamente noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de retención: metal predominantemente base fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Corona de retención: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Con cobertura
Reparación de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Con cobertura

Cirugías bucales y maxilofaciales (cirugías bucales o extracciones)

Extracción de rutina	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: en tejido blando	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Extracción quirúrgica de restos radiculares	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Cierre de fístula bucoantral	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Cierre primario de perforación de senos nasales	Sin cargo	Con cobertura
Acceso quirúrgico de diente brotado	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Movilización de diente brotado o mal ubicado para facilitar la erupción	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Biopsia incisional de tejido bucal duro (hueso/diente)	Sin cargo	Con cobertura
Biopsia incisional de tejido bucal blando	Sin cargo	Con cobertura
Fibrotomía transeptal	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Alveoloplastia con extracción, por cuadrante	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Alveoloplastia con extracción: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	Sin cargo	Con cobertura
Alveoloplastia: por cuadrante	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Alveoloplastia sin extracción: de 1 a 3 dientes, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Vestibuloplastia: extensión de rebordes (segunda epitelización)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Vestibuloplastia (incluidos los injertos)	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extirpación de lesión benigna de más de 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de más de 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Dstrucción de lesiones mediante métodos físicos o químicos	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral (maxilar y mandíbula)	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Con cobertura del seguro médico
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	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
Extracción de cuerpo extraño	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Extracción de cuerpos extraños	Sin cargo	Con cobertura
Secuestrectomía/ostectomía parcial	Sin cargo	Con cobertura
Sinusotomía maxilar para extracción de fragmento dental	Sin cargo	Con cobertura
Sutura de heridas pequeñas recientes	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Extirpación de encía pericoronar	Sin cargo	Una vez en la vida, por diente

Servicios generales complementarios

Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Una vez cada 3 meses
División de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Anestesia por bloqueo regional	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia por bloqueo de división trigeminal	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local	Sin cargo	Con cobertura
Sedación profunda/ anestesia general: cada 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Sedación intravenosa moderada (consciente): 15 min	Sin cargo	Con cobertura
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Una vez cada 3 meses
Servicios varios		
Aplicación de medicamento desensibilizante	Sin cargo	Con cobertura
Guarda oclusal: dispositivo duro, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Guarda oclusal: dispositivo blando, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Guarda oclusal: dispositivo duro, arco parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ajuste oclusal: limitado	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusal: completo	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención oftalmológica	Exámenes de la vista	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare.	
	Servicios oftalmológicos – (Anteojos):	Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	Incluye lentes de contacto y anteojos.
		Copago de \$0 por anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta un máximo anual de \$350 cada año.	

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Atención de salud mental para pacientes internados	Copago de \$0 por cada período de beneficios. Copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
Necesita atención de la salud mental	Atención de salud mental para pacientes externos	Servicios de salud mental: copago de \$0 por cada sesión individual o grupal.	Este beneficio también está disponible a través de Telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
		Servicios de psiquiatría: copago de \$0 por cada sesión individual o grupal.	Este beneficio también está disponible a través de Telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabilitación	Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.
Necesita terapia para paciente externo	Fisioterapia	<p>Dentro de la red Copago de \$0 por cada consulta.</p> <p>Fuera de la red Copago de \$0 por cada consulta.</p>	Se requiere autorización.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Ambulancia	Copago de \$0 por cada viaje de ida o de vuelta.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Consulte Beneficios cubiertos por Medicaid.	
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Copago de \$0. Hasta \$35 por los medicamentos para la diabetes 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 autorización para determinados medicamentos.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Parte D de Medicare	
Prima de la Parte D	\$0 o \$48.70 por mes.
Deducible de la Parte D	La mayoría de los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care reciben “ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Para 2024, el deducible de la Parte D es de \$545. Si recibe “ayuda adicional”, el monto del deducible depende del nivel de “ayuda adicional” que reciba. Pagará \$0 por el deducible de la Parte D. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.
Etapas de cobertura inicial: Suministro para un mes (30 días) y suministro extendido (hasta 90 días) *^†Ω	
Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos):	En función de la “ayuda adicional” que recibió, pagará: Copago de \$0 o copago de \$1.55 o copago de \$4.50 o el 25% del costo

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Parte D de Medicare

Para **todos los demás medicamentos**:

En función de la “ayuda adicional” que recibió, pagará:

Copago de \$0

o copago de \$4.60

o copago de \$11.20

o el 25% del costo

*Costo compartido por 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. *Costo compartido por un suministro extendido en una farmacia minorista (dentro de la red) y pedidos por correo.

* También está disponible un suministro para 60 días en una farmacia minorista (dentro de la red).

† NDS: suministro en días no extendido. Determinados 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 pagó el deducible.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).

Resumen de beneficios: Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024

Parte D de Medicare

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” del año hasta la fecha (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.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada (hasta el 31 de diciembre de 2024).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

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

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Otros servicios 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)	Copago de \$0 por 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 \$0 por cada consulta. Fuera de la red Copago de \$0 por cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$0 por cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$0 por cada consulta.	Se requiere autorización.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Más beneficios con su plan	
Ampliación de los servicios de acupuntura	<p>Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 28 consultas por año para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Ventosaterapia/moxibustión• Acupresión• Tui Na• Gua Sha• Reflexología• Terapia con luz infrarroja
Juegos mentales con BrainHQ®	<p>BrainHQ® no está sujeto a copagos ni coseguros. Los miembros tendrán acceso a un programa en línea de ejercicios para la memoria que mejora el funcionamiento del cerebro a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.</p>

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Más beneficios con su plan

Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una asignación de \$500 para usar en 2024 en gastos de bolsillo correspondientes a servicios dentales, de la vista, de la audición y de acondicionamiento físico. El dinero de los beneficios no utilizados caducará al final del año calendario o ante la cancelación de la inscripción al plan.
Productos de venta libre (OTC)	Puede comprar hasta \$270 por mes en productos de venta libre elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Más beneficios con su plan

OTC + productos alimenticios + comidas + pago de servicios públicos + ayuda para pagar el alquiler/la hipoteca

Para los miembros elegibles (con determinadas afecciones médicas crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos se combinan con el beneficio para productos de venta libre para incluir pagos de alquiler/hipoteca, servicios públicos, Internet, determinados alimentos y comidas a domicilio como parte de la asignación de OTC. Los miembros elegibles serán notificados y recibirán instrucciones sobre cómo acceder al beneficio.

Servicios de podiatría complementarios

Dentro de la red

Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 12 consultas de atención de rutina de los pies por año.

Fuera de la red

Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 12 consultas visitas de atención de rutina de los pies por año.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Más beneficios con su plan

Teladoc®	<p>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 a través de videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora.</p> <p>Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.</p>
Atención internacional de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia	<p>Costo compartido de \$0 por cobertura de atención internacional de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.</p>

Sección III: Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

En la siguiente tabla se describen los servicios que se encuentran disponibles a través de Medicaid para los miembros de Elderplan Plus Long-Term Care que califican para recibir los beneficios completos de Medicaid.

Todos los costos compartidos de la Parte C, incluidos todos los montos de los deducibles, copagos y coseguros, como así también todas las primas que se mencionan a continuación, están cubiertos para los miembros. En la tabla también se explica si nuestro plan ofrece algún beneficio similar.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención para pacientes internados en un hospital, incluidos los servicios de rehabilitación y drogodependencia

Hasta 365 días por año (366 en un año bisiesto).

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes internados (incluidos, entre otros, la desintoxicación y la gestión de la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios de centros residenciales de tratamiento y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados de salud mental para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención de salud mental para pacientes internados

Atención médicamente necesaria, incluidos los días que excedan el máximo de 190 días de por vida que cubre Medicare.

Servicios de salud mental para pacientes internados (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico, un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF) o un hospital de acceso crítico). Todos los miembros están cubiertos por el plan en caso de hospitalización aguda en un hospital general, independientemente del diagnóstico o tratamiento de ingreso. Excepto en casos de emergencia, el proveedor de atención médica debe informar al plan de su ingreso al hospital.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Centro de atención médica residencial	Atención cubierta por Medicare y Medicaid brindada en un centro de atención médica residencial. No se requiere una hospitalización previa.
Atención médica a domicilio	Atención intermitente de enfermería especializada médicamente necesaria, servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio y servicios de rehabilitación. También incluye servicios de atención médica a domicilio que no presta Medicare (p. ej., servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar para pacientes médicamente inestables bajo la supervisión de enfermería).
Consultas en el consultorio de un médico de atención primaria (PCP)	Consultas en el consultorio de un proveedor de atención primaria.
Consultas a un especialista.	Consultas a un especialista.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

<p>Quiropráctica</p>	<p>Manipulación manual de la columna vertebral provista por quiroprácticos u otros proveedores calificados para corregir la subluxación.</p>
<p>Podiatría</p>	<p>La atención médicamente necesaria de los pies, incluida la atención de afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. Hasta cuatro (4) consultas por año para el cuidado de los pies de rutina.</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes externos</p>	<p>Consulta para terapia individual o de grupo. La persona inscrita debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses. Servicios de salud mental para pacientes externos (incluidos, entre otros, asesoramiento y terapia clínicos, apoyo entre iguales, rehabilitación psicosocial, administración de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos</p>

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención de salud mental para pacientes externos *(continuación)*

de atención intensiva para pacientes externos). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados de salud mental para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información). Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por Oficina de Salud Mental (Office of Mental Health, OMH), o por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico, psiquiatra de la Red de profesionales independientes (IPN), psicólogo o personal de enfermería de práctica avanzada (APN) autorizados por el estado, u otro profesional de atención de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención por abuso de sustancias para pacientes externos

Consultas individuales y grupales. La persona inscrita debe poder autorremitirse para una evaluación de un proveedor de la red en un período de doce (12) meses.

Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos (incluidos, entre otros, la desintoxicación y la gestión de la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios de centros residenciales de tratamiento y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona). (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados de salud mental para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios móviles para situaciones de crisis (crisis relacionadas con la salud mental o el consumo de sustancias)

Servicios móviles para situaciones de crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil); estabilización residencial en caso de crisis a corto plazo (en casos de crisis relacionadas con la salud mental). Cualquier proveedor móvil o residencial de atención en casos de crisis autorizado en el estado de New York.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

**Servicios CORE
(para enfermedades mentales
o trastornos por consumo
de sustancias)**

Los servicios de recuperación y fortalecimiento orientados a la comunidad (CORE) son apoyos móviles de salud conductual centrados en la persona y orientados a la recuperación. Los servicios CORE permiten a las personas desarrollar habilidades y un sentido de autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia. Los servicios CORE están disponibles para los miembros que cumplan determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede obtener una remisión o autorremitirse a los servicios CORE. (Nota: Si desea obtener más información sobre los servicios CORE y determinar si es elegible para recibirlos, llame al Servicios para los Miembros o lea la Evidencia de cobertura).

**Cirugía para
pacientes externos**

Consultas médicamente necesarias a un centro quirúrgico ambulatorio o a uno hospitalario para pacientes externos.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Ambulancia	Servicios de transporte brindados por una ambulancia, incluido el servicio de ambulancia aérea. Transporte de emergencia para el inscrito que sufre de una afección grave, que amenaza su vida o es potencialmente discapacitante y que necesita la prestación de servicios de emergencia mientras es trasladado con el fin de recibir servicios hospitalarios. Incluye el traslado a una sala de emergencias de un hospital cuando se llama al "911".
Departamento de atención de emergencia	Atención proporcionada en una sala de emergencias de un hospital sujeta a la norma de la persona prudente.
Atención de urgencia	Atención de urgencia en caso de que la persona inscrita se encuentre fuera del área de servicio del plan.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Rehabilitación para pacientes externos (terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla)

Los servicios de rehabilitación para pacientes externos, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), indicados por un médico u otro profesional con licencia están cubiertos por ser médicamente necesarios (sin límite de consultas).

Equipo médico duradero (DME)

El equipo médico duradero cubierto por Medicare y Medicaid incluye dispositivos y equipos, que no sean calzados ortopédicos, protésicos y ortésicos, que hayan sido indicados por un profesional para el tratamiento de una condición médica específica. Entre ellos se encuentran el equipo médico y las baterías para audífonos. No es requisito previo el confinamiento en el hogar e incluye equipos médicos duraderos no cubiertos por Medicare, pero sí por Medicaid (por ejemplo, taburete para baño, barras para baño).

Beneficios cubiertos por Medicaid

Suministros médicos/ quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, suplementos nutricionales

Por lo general, se considera que estos artículos son de un solo uso y consumibles que se pagan habitualmente de acuerdo con la categoría de equipo médico duradero del régimen de pago por servicio de Medicaid.

La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita solo a la cobertura de alimentación por sondas nasogástricas, yeyunostomía o gastrostomía.

La cobertura de la fórmula enteral y los suplementos nutricionales se limita a las personas que no pueden obtener nutrición a través de ningún otro medio, y a personas que se encuentran en una de las siguientes condiciones:

1) personas alimentadas a través de sondas que no pueden masticar o tragar alimentos y deben recibir nutrición a través de una fórmula utilizando una sonda.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Suministros médicos/quirúrgicos, fórmulas parenterales y enterales, suplementos nutricionales (continuación)

2) personas que tienen enfermedades metabólicas congénitas poco frecuentes que requieren fórmulas médicas específicas para aportarles los nutrientes esenciales que no pueden recibir mediante ningún otro medio, y

3) niños que requieren fórmulas médicas debido a factores atenuantes del crecimiento y el desarrollo.

La cobertura de ciertas enfermedades hereditarias del metabolismo de aminoácidos y ácidos orgánicos debe incluir productos alimenticios sólidos modificados que tengan un bajo contenido de proteínas o que contengan proteínas modificadas.

Dispositivos protésicos

Prótesis, ortesis y calzado ortopédico cubiertos por Medicare y Medicaid.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Control de la diabetes	Capacitación y suministros para el autocontrol y administración de la diabetes, incluida la cobertura para glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Los suministros para la diabetes, como almohadillas de gasa de 2x2, almohadillas/hisopos para alcohol, jeringas y agujas para insulina, están cubiertos por la Parte D.
Exámenes de diagnóstico	Exámenes de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología.
Medición de la masa ósea	Medición de la masa ósea para personas en riesgo.
Pruebas de detección de cáncer colorrectal	Pruebas de detección de cáncer colorrectal para personas de 50 años o más.
Inmunizaciones	Vacunas contra la influenza (gripe) y la enfermedad neumocócica, y vacuna contra la hepatitis B para personas en entornos de alto riesgo.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Mamografías	Exámenes anuales para personas de 40 años y más. No se necesita remisión.
Exámenes pélvicos y prueba de Papanicolaou	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
Prueba de detección de cáncer de próstata	Pruebas de detección de cáncer de próstata para mayores de 50 años.
Medicamentos para pacientes externos	Todos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos recetados por un proveedor y administrados en el consultorio de un médico o en una clínica cubiertos por Medicaid. (No medicamentos de la Parte D).

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios auditivos

Servicios y productos médicamente necesarios para aliviar una discapacidad causada por la pérdida o el deterioro de la audición cubiertos por Medicare y Medicaid. Los servicios incluyen la selección, adaptación y entrega de audífonos; las verificaciones de los audífonos después de la entrega, las evaluaciones de ajuste y las reparaciones de los audífonos; servicios de audiología que incluyen exámenes y pruebas, evaluaciones de audífonos y prescripciones de audífonos; y productos de audiología que incluyen audífonos, moldes auriculares, accesorios especiales y piezas de repuesto.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Audífonos

Los audífonos tienen cobertura de \$600 por oído hasta un máximo de \$1200 cada 3 años.

Con la compra del audífono, se incluyen las baterías para 1 año y se envían juntos.

Se requiere la autorización de un médico o especialista para acceder a los audífonos.

Todos los servicios están cubiertos una vez cada tres años.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios de cuidado de la vista

Servicios de optometristas, oftalmólogos y ópticas que incluyen anteojos, lentes de contacto y lentes de policarbonato médicamente necesarios, ojos artificiales (común y corrientes o hechos a la medida), dispositivos de ayuda para visión escasa y servicios para la visión escasa. La cobertura también incluye reparaciones y repuestos. También se cubren los exámenes de diagnóstico y el tratamiento de defectos visuales o enfermedades oculares. Los exámenes para la refracción se limitan a uno cada dos (2) años, a menos que se justifique lo contrario por ser médicamente necesario. No es necesario cambiar los anteojos con una frecuencia superior a dos (2) años, a menos que sea médicamente necesario o que se pierdan, deterioren o destruyan.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

1 examen físico de rutina por año	Hasta un examen físico de rutina por año.
Atención de enfermería privada	Servicios de enfermería privada médicamente necesarios de acuerdo con el plan de tratamiento por escrito del médico que indica los servicios, el auxiliar médico titulado o el enfermero practicante diplomado.
Transporte que no sea de emergencia	Transporte esencial para que el inscrito reciba la atención médica necesaria y los servicios cubiertos por los beneficios del plan o tarifa por servicio de Medicaid. Esto incluye ambulancia, vehículo para minusválidos, taxi, alquiler de automóviles, transporte público y otros medios adecuados para las afecciones médicas del inscrito y un asistente de transporte para acompañar a la persona inscrita, si es necesario.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios dentales

Servicios dentales cubiertos por Medicaid que incluyen atención dental preventiva y profiláctica y otros cuidados rutinarios necesarios, así como servicios, suministros y prótesis dentales para aliviar una afección médica grave. Los servicios de cirugía dental para pacientes internados o externos están sujetos a autorización previa.

Servicios dentales preventivos

No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios dentales preventivos cubiertos por Medicaid:

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpiezas)
- Radiografías dentales

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Servicios de atención personal	Incluye asistencia médicamente necesaria con actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADL), actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) y tareas relacionadas con la salud, a través de asistencia, supervisión o instrucciones.
Nutrición	Evaluación del estado nutricional o de las necesidades nutricionales, elaboración y evaluación de planes de tratamiento, educación sobre la alimentación, educación en el lugar de trabajo, incluidos aspectos culturales.
Servicios médicos y sociales	Evaluación, coordinación y prestación de ayuda para problemas sociales relacionados con el mantenimiento de un paciente en el hogar.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Apoyos sociales y ambientales	Servicios y artículos para dar apoyo a la necesidad médica del miembro. Puede incluir tareas de mantenimiento del hogar, servicios de empleada/tareas domésticas y cuidado de relevo.
Entrega de comidas a domicilio y en lugares de congregación	Comidas entregadas en el hogar o servidas en un lugar de congregación (por ejemplo, un centro para personas de edad avanzada) a personas que no pueden prepararse las comidas o hacer que se las preparen.
Atención médica diurna para adultos	Incluye servicios médicos, de enfermería, de alimentación y nutrición, servicios sociales, terapia de rehabilitación, actividades de ocio, servicios odontológicos y farmacéuticos, y otros servicios auxiliares. Servicios prestados en un RHCF aprobado o centro de extensión aprobado.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Beneficios cubiertos por Medicaid

Atención diurna social	Programa integral y estructurado que ofrece socialización, supervisión, control, atención personal y nutrición en un ambiente protegido.
Servicios personales de respuesta ante emergencias (PERS)	Dispositivo electrónico que permite a las personas obtener ayuda en caso de una emergencia física, emocional o ambiental.
Beneficio para obtener medicamentos con receta de la Parte D de Medicare aprobado por los CMS	El inscrito es responsable de los copagos.

Es posible que disponga de otros servicios a los que puede acceder a través del régimen de pago por servicio de Medicaid.

Servicios cubiertos por Medicaid usando su tarjeta de beneficios de Medicaid

Hay algunos servicios de Medicaid que Elderplan Plus Long-Term Care no cubre. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Llame a Servicios para los Miembros al **1-877-891-6447** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene alguna pregunta acerca de si un beneficio está cubierto por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) o por Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, use la información que figura a continuación para comunicarse con su correspondiente Oficina de Servicios Sociales

del Departamento de Salud del Estado de New York. Consulte la tabla de contactos de Medicaid.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través del régimen de pago por servicio de Medicaid:

- Servicios de planificación familiar prestados fuera de la red en virtud de disposiciones de acceso directo
- Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare)
- Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

- Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (CR) con licencia de la Oficina de Salud Mental (OMH) y programas de tratamiento basados en la familia
- Servicios de la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo
- Administración integral de casos de Medicaid
- Servicios del programa de exención domiciliaria y comunitaria
- Observación directa de la terapia antituberculosa
- Programa de vivienda asistida

Información de contacto del programa New York State Medicaid

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAMADA	<p>Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116</p> <p>Condado de Dutchess: 845-486-3000 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Nassau: 516-227-8000 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 4 p.m.</p> <p>Ciudad de New York: 718-557-1399 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Orange: 845-291-4000 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Putnam: 845-808-1500 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Rockland: 845-364-3040 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Condado de Westchester: 914-995-3333 Horarios de atención: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.</p>

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
CORREO POSTAL	Dutchess County 60 Market Street Poughkeepsie, New York 12601 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Orange County DSS Box Z, 11 Quarry Road Goshen, New York 10924 Putnam County DSS 110 Old Route 6 Carmel, New York 10512 Rockland County DSS 50 Sanatorium Road, Building L Pomona, New York 10970 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 (1-877-891-6447 (TTY:711) .) سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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、1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 1-877-891-6447 (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 totalmente nuestros beneficios y nuestras normas antes de tomar la decisión de inscribirse. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del servicio de atención al cliente al **1-877-891-6447**.

Entendimiento de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al **1-877-891-6447** para ver una copia de la Evidencia de cobertura.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que consulta ahora pertenezcan a 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.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Resumen de beneficios: **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) 2024**

Comprensión de normas importantes

- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y los copagos o coseguros pueden cambiar el **1 de enero de 2025**.
- Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar brindarle atención médica. Salvo en caso de urgencia o emergencia, los proveedores no contratados pueden negarse a prestar atención médica.
- Este es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid.
- 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

1-877-891-6447

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.