

2025



*Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™*



# Resumen de beneficios

Elderplan for Medicaid Beneficiaries  
(HMO-POS D-SNP)

*Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025*

**Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries  
(HMO-POS-SNP) 2025**

**Fecha de entrada en vigencia propuesta** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Proveedor de atención primaria**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**Nombre del representante de ventas**

**Números de teléfono importantes**

---

**Servicios para los Miembros**

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

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries**  
**(HMO-POS-SNP) 2025**



# Resumen de beneficios

para **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)**

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens y Westchester

## Acerca de Elderplan

Elderplan es un plan Medicare Advantage, que forma parte de la familia de MJHS Health System. Tanto Elderplan como MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores fundamentales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una larga historia de atención a neoyorquinos en situación de riesgo de todos los orígenes. Por eso entendemos que las diferencias de acceso a una atención médica de calidad por motivos de raza, etnia, género y estabilidad económica siguen siendo un factor demasiado frecuente. De conformidad con nuestros valores, ***abrimos el camino hacia un cuidado de excelencia***, comprometiéndonos con la igualdad en la salud, con cerrar estas brechas en la atención y con garantizar que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.

Además, una ventaja para nuestros miembros de Elderplan/ HomeFirst que forman parte de la familia MJHS es que nuestro sistema de salud también incluye atención domiciliar 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 asistencia adicional y decide recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede colaborar con sus colegas de todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera posible.



## Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)

# Descripción general del plan

















Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que también tienen Medicaid, que ofrece cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos con receta, todo en un sencillo plan. Además, los beneficios adicionales, como la libertad de elegir cualquier dentista o especialista fuera de la red, un beneficio dental mejorado y un beneficio trimestral de productos de venta libre (OTC) aumentado.\*\* Cada miembro también recibe una tarjeta Flex para utilizar los gastos no cubiertos para los servicios dentales, auditivos y físicos,

y un administrador de atención dedicado que lo ayudará a coordinar sus beneficios, responder a sus preguntas y más. Los miembros de este plan también podrán participar en nuestro Programa de incentivos para el bienestar que lo recompensa por hacerse exámenes de detección y aplicarse vacunas elegibles, por obtener una membresía para gimnasio que lo ayuda a mantenerse saludable, y tener acceso a nuestro programa Member-to-Member galardonado. Elderplan. Abriendo el camino hacia una atención de excelencia.

# Contenido

<b>Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....</b>	<b>7</b>
• Información de contacto de Elderplan	
• ¿Quién puede inscribirse?	
• Información útil sobre Medicare	
• Información sobre Elderplan for Medicaid Beneficiaries	
<b>Sección II: Resumen de beneficios .....</b>	<b>18</b>
• Prima mensual, deducible y gastos no cubiertos máximos	
• Beneficios que cubre Medicare	
• Servicio dental preventivo e integral suplementario	
• Beneficios de medicamentos con receta	
• Otros beneficios cubiertos	
<b>Sección III: Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan .....</b>	<b>86</b>
• Beneficios de Medicaid	

# Resumen de los beneficios

	Libertad de elegir a cualquier especialista o dentistas dentro y fuera de la red	
	Prima mensual*	
	Consultas con médicos (atención primaria)*	
	Atención de un especialista*	
	Acupuntura expandida	
	Juegos mentales con BrainHQ®	
	Servicios dentales preventivos suplementarios y servicios dentales integrales y suplementarios	<b>\$0</b>
	Examen auditivo de rutina	
	Podiatría de rutina	
	Examen de la vista de rutina	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&fit®	
	Transporte	
	Acceso a la atención de Teladoc® todos los días a toda hora	
	Tarjeta Flex†	<b>\$500</b> por año
	Beneficio de productos de venta libre (OTC)	<b>\$660</b> cada trimestre
	OTC tradicionales que además ahora incluyen los pagos de alquiler o hipoteca, servicios públicos, Internet, ciertos artículos comestibles, comidas a domicilio.**	

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

\* Si no recibe asistencia para los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid:

- Usted paga \$31.30 por mes por la prima del plan.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención primaria.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención especializada.

\*\* La elegibilidad está determinada por si tiene una afección crónica asociada con el beneficio de SSBCI (beneficio de productos de venta libre extendido). Entre los ejemplos de afecciones SSBCI se incluyen, entre otros, trastornos cardiovasculares, diabetes, artritis, trastornos pulmonares crónicos y cáncer. Hay otras afecciones elegibles que no están en la lista. Los estándares pueden variar para este beneficio.

‡ El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una asignación de \$500 para usar en 2025 en gastos de bolsillo para servicios dentales, de vista, audición o de acondicionamiento físico.



## **Sección I: Introducción al Resumen de beneficios**

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo 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 2025 de Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP). Puede encontrar una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

## Información de contacto de Elderplan

### Horario de atención de Elderplan for Medicaid Beneficiaries

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

### Números de teléfono y sitio web de Elderplan for Medicaid Beneficiaries

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

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

## ¿Quién puede inscribirse?

**Para inscribirse en Elderplan for Medicaid Beneficiaries (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 de Medicaid del estado de New York, y residir en nuestra área de servicio.**

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

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como miembros con doble elegibilidad. Debe reunir los requisitos para la cobertura de Medicaid y cumplir con los requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries. 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 ayuda de Medicaid, algunos miembros de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Como miembro de Elderplan for Medicaid Beneficiaries que califica para la cobertura de Medicaid, es posible que haya beneficios adicionales de Medicaid disponibles para usted.

## Información útil sobre Medicare

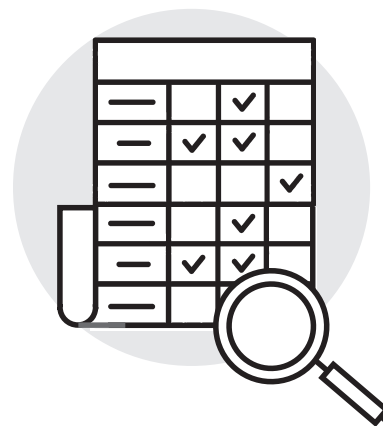
### Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- 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](http://www.medicare.gov)).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP)).

### Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan for Medicaid Beneficiaries y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. La sección sobre Medicaid también incluye información sobre los servicios que puede recibir de Medicaid. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

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



# Información sobre Elderplan for Medicaid Beneficiaries

## Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos 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 Medicaid o elegible para Medicare y la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid. Además, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Queens y Westchester.

- Debe ser ciudadano de Estados Unidos o tener presencia legal en Estados Unidos.
- Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

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 ayuda de Medicaid, algunos miembros de doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. A continuación, se detallan las categorías de beneficios de Medicaid y los tipos de asistencia que brinda nuestro plan:

- **Doble elegibilidad con beneficios totales (FBDE):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB & QMB+):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan For Medicaid Beneficiaries (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 beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que se figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios para ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare.

Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web [www.elderplan.org](http://www.elderplan.org) o bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### ¿Qué cubrimos?

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

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

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

[www.elderplan.org](http://www.elderplan.org).

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

### **¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?**

La mayoría de nuestros miembros de Elderplan for Medicaid Beneficiaries reciben Ayuda adicional con los costos de 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 Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta (“Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs”), también conocido como Cláusula adicional para subsidio por bajos

ingresos o Cláusula adicional LIS (“Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”), el cual 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 usted **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:

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

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

- A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
- A la línea de ayuda de Medicaid de la HRA del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al **1-888-692-6116** 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 for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP). Si cumple con los requisitos de elegibilidad para estar en este plan, Medicaid puede ayudarlo a pagar cualquier gasto de atención médica que pudiera tener.

<b>Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP)</b>		
<b>Prima mensual (prima de la Parte D)</b>	\$0 o \$31.30	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero). Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su prima del plan.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

### **Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP)**

**Deducible de la Parte B**

\$0 o \$257

Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B. Este plan tiene deducibles para servicios para pacientes internados en un hospital y para atención psiquiátrica para pacientes internados.

## Elderplan For Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP)

**Monto máximo que paga de su bolsillo combinado**

\$9,350 de gasto dentro y fuera de la red combinados

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de gastos que paga de su bolsillo dentro y fuera de la red combinados, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que deberá seguir pagando la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D. Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto máximo combinado de gastos no cubiertos por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención en un hospital</b>	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2025 los montos para cada período de beneficios son de \$0* o: un deducible de \$1,676. Días 1 a 60: copago de \$0 por día. Días 61 a 90: copago de \$419 por día.	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención en un hospital</b> <i>(continuación)</i>	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Después de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 0% o del 20%.*	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 0% o del 20%.*	

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b>	Proveedores de atención primaria	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Especialistas	<p><b>Dentro de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p>	Este beneficio también está disponible dentro de la red a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico</b> <i>(continuación)</i>	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<b>Dentro de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* <b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico (continuación)</b>	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"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Detección y orientación de abuso de alcohol</li> <li>• Pruebas de sangre con biomarcadores</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer colorrectal               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas de ADN en heces multiobjetivo</li> <li>- Pruebas con enemas de bario</li> </ul> </li> </ul>	

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico (continuación)</b>	Atención preventiva (continuación)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colonoscopias de detección</li> <li>- Análisis de sangre oculta en la materia fecal</li> <li>- Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco</li> <li>• Pruebas de detección de depresión</li> <li>• Pruebas de detección de la diabetes</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV)</li> <li>• Prueba de detección de la hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografías (pruebas de detección)</li> <li>• Servicios de tratamiento nutricional médicos</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Consulta anual de “bienestar”</li> </ul>

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Desea consultar a un médico (continuación)</b>	Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” única</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</li> <li>• Vacunas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacuna contra la COVID-19</li> <li>- Vacunas antigripales</li> <li>- Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>- Vacunas contra el neumococo</li> </ul> </li> <li>• Consulta anual de “bienestar”</li> </ul>	
		Coseguro del 0% o del 20%.*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Pruebas de detección de glaucoma</li> </ul>

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de emergencia</b>	Atención de emergencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$110) por cada consulta.*	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$45) por cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

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

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes externos	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio*.	

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita exámenes médicos</b> <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer)</li> <li>• Servicios radiológicos de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</li> </ul>	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio*.	Se requiere autorización solo para tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA) y tomografías computarizadas (CT).

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención auditiva</b>	Exámenes auditivos	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.*	
		Pago de \$0 para un examen auditivo no cubierto por Medicare (de rutina) cada 3 años.	
	Audífonos	Hasta \$1,300 como límite de beneficio máximo para ambos oídos combinados cada 3 años. Copago de \$0 por evaluación o adaptación de audífonos cada 3 años.	Se requiere autorización de un médico o especialista para los audífonos.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
	Servicios dentales integrales	Coseguro del 0% o 20% para los servicios cubiertos por Medicare.*	
<b>Necesita atención dental</b>	Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios	Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios se limitan a determinados códigos de servicio de las categorías a continuación. Los servicios se combinan dentro y fuera de la red.	

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención dental</b> <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales suplementarios	La cobertura de servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Dentro de la red y fuera de la red combinados	Servicios dentales integrales suplementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.

# Servicios dentales preventivos, de diagnóstico e integrales suplementarios

Dentro y fuera de la red

<b>Servicios cubiertos</b>	<b>Copago</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios</b>		
<b>Exámenes bucales</b>		
Evaluación bucal periódica	Sin cargo	Una cada 6 meses
Examen bucal limitado	Sin cargo	Una por mes
Examen bucal integral	Sin cargo	Una cada 6 meses
Examen bucal extensivo	Sin cargo	Una cada 6 meses
Examen de seguimiento	Sin cargo	Una cada 6 meses
Examen periodontal integral	Sin cargo	Una cada 6 meses
<b>Radiografías dentales</b>		
Serie completa de radiografías	Sin cargo	Una cada 36 meses
Radiografía periapical	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía oclusal	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografía de proyección 2D	Sin cargo	Una cada 6 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Radiografías dentales		
Radiografía dental posterior extra bucal	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografía de mordida, una imagen	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografía de mordida, dos imágenes	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografía de mordida, tres imágenes	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografía de mordida: cuatro imágenes	Sin cargo	Una cada 6 meses
Radiografías verticales de mordida, de siete a ocho imágenes	Sin cargo	Una cada 6 meses
Saliografía	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Artrograma temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo	Con cobertura
Radiografía panorámica	Sin cargo	Una cada 36 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una cada 36 meses
Imágenes fotográficas 2D	Sin cargo	Dos cada 6 meses
Captura e interpretación de TC de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula completa	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Radiografías dentales		
Captura e interpretación de TC de haz cónico con campo de visión de una arcada dental completa: mandíbula	Sin cargo	Con cobertura
Captura e interpretación de TC de haz cónico con campo de visión de una arcada dental completa: maxilar, con o sin cráneo	Sin cargo	Con cobertura
Captura de TC de haz cónico	Sin cargo	Con cobertura
Captura e interpretación de TC de haz cónico para series de ATM que incluyen dos o más exposiciones	Sin cargo	Con cobertura
Tomosíntesis intraoral: serie completa	Sin cargo	Una cada 36 meses
Tomosíntesis intraoral: imagen de mordida	Sin cargo	Una cada 12 meses
Tomosíntesis intraoral: imagen periapical	Sin cargo	Una cada 12 meses
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de serie completa	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Radiografías dentales		
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de mordida	Sin cargo	Con cobertura
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes periapicales	Sin cargo	Una cada 12 meses
Moldes de diagnóstico	Sin cargo	Una cada 12 meses
Adhesión de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluye evaluación de márgenes, preparación y transmisión de informe	Sin cargo	Con cobertura
Consulta, incluida la preparación de portaobjetos a partir de materiales de biopsia proporcionados por el profesional que deriva	Sin cargo	Con cobertura
Otros procedimientos de patología bucal, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento de diagnóstico no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Limpiezas</b>		
Profilaxis (limpieza), adultos	Sin cargo	Una cada 6 meses
Asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control de enfermedades bucales	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento preventivo no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
<b>Otros servicios de diagnóstico</b>		
Procedimiento de diagnóstico no específico	Sin cargo	Con cobertura
<b>Servicios dentales integrales suplementarios</b>		
<b>Servicios de restauración</b>		
Empaste de plata: una superficie	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una cada 12 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de restauración		
Empastes del color del diente: dos superficies, frontal	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una cada 12 meses
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: dos superficies, trasera	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, trasera	Sin cargo	Una cada 12 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera	Sin cargo	Una cada 12 meses
Incrustación: metálica, una superficie	Sin cargo	Una cada 60 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de restauración		
Incrustación: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una cada 60 meses
Incrustación: metálica, tres o más superficies	Sin cargo	Una cada 60 meses
Restauración: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una cada 60 meses
Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	Sin cargo	Una cada 60 meses
Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: compuesto a base de resina	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: 3/4 compuesto a base de resina	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: resina con metal predominantemente base	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a metal muy noble	Sin cargo	Una cada 60 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de restauración		
Corona: porcelana fundida a metal predominantemente base	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a titanio/aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: 3/4 metal muy noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - 3/4 metal base fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: 3/4 metal noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: metal muy noble fundido por completo	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: metal predominantemente base fundido por completo	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - Titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de restauración		
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Con cobertura
Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona de resina prefabricada	Sin cargo	Una cada 24 meses
Retención de espiga, por diente, además de la restauración	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Perno y base, además de corona	Sin cargo	Una cada 60 meses
Cada perno adicional fabricado a medida	Sin cargo	Una cada 60 meses
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una cada 60 meses
Extracción del perno	Sin cargo	Una de por vida
Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento de restauración no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de endodoncia		
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (excluida restauración final)	Sin cargo	Una de por vida
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (excluida restauración final)	Sin cargo	Una de por vida
Endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una de por vida
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una de por vida
Endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una de por vida
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una de por vida
Retratamiento de endodoncia, premolar	Sin cargo	Una de por vida
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una de por vida
Apicectomía/cirugía perirradicular: anterior	Sin cargo	Una de por vida
Apicectomía/cirugía perirradicular: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una de por vida

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Servicios de endodoncia</b>		
Apicectomía/cirugía perirradicular: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una de por vida
Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	Sin cargo	Una de por vida
Empaste retrógrado, por raíz	Sin cargo	Una de por vida
Procedimiento de endodoncia no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
<b>Servicios de periodoncia</b>		
Gingivectomía o gingivoplastía, cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una cada 36 meses
Gingivectomía, de uno a tres dientes por cuadrante	Sin cargo	Una cada 12 meses
Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes	Sin cargo	Una cada 60 meses
Colgajo posicionado apicalmente	Sin cargo	Con cobertura
Alargamiento clínico de corona, tejido duro	Sin cargo	Una de por vida

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de periodoncia		
Cirugía ósea, por cuadrante	Sin cargo	Una cada 60 meses
Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo), uno a tres dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una cada 60 meses
Regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una de por vida
Regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera no reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una de por vida
Procedimientos de injerto de tejido conectivo subepitelial	Sin cargo	Una de por vida
Aloinjerto de tejido blando	Sin cargo	Una de por vida
Procedimiento de injerto de tejido blando, primer diente	Sin cargo	Una de por vida
Procedimiento de injerto de tejido blando, diente adicional	Sin cargo	Una de por vida
Injerto autógeno de tejido conectivo, diente adicional	Sin cargo	Una de por vida



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Servicios de periodoncia</b>		
Injerto no autógeno de tejido conectivo, diente adicional	Sin cargo	Una de por vida
Raspado periodontal y alisado radicular por cuadrante	Sin cargo	Una cada 24 meses
Raspado y alisado radicular, 1-3 dientes	Sin cargo	Una cada 24 meses
Mantenimiento periodontal	Sin cargo	Una cada 6 meses
Procedimiento periodontal no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
<b>Servicios de prostodoncia extraíble</b>		
Dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial maxilar, metal fundido	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza parcial mandibular, metal	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza superior parcial, base flexible	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza inferior parcial, base flexible	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza completa (cada diente)	Sin cargo	Una cada 12 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reparación de base de dentadura postiza de resina parcial, mandibular	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza de resina parcial, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reparación de estructura fundida parcial, mandibular	Sin cargo	Una cada 12 meses
Reparación de estructura fundida parcial, maxilar	Sin cargo	Una cada 12 meses
Reparación o reemplazo de cierre roto	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reemplazo de diente roto: por diente	Sin cargo	Una cada 12 meses
Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una cada 12 meses
Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	Sin cargo	Una cada 24 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reparación de base de prótesis híbrida	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Servicios de prostodoncia extraíble</b>		
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Sin cargo	Una cada 24 meses
Dentadura postiza parcial intermedia, superior	Sin cargo	Una cada 12 meses
Dentadura postiza parcial intermedia, inferior	Sin cargo	Una cada 12 meses
Acondicionamiento del tejido, superior	Sin cargo	Una cada 12 meses
<b>Prótesis maxilofaciales</b>		
Acondicionamiento del tejido: inferior	Sin cargo	Una cada 12 meses
Procedimiento de prostodoncia extraíble no específico	Sin cargo	Con cobertura
Portador de gel de fluoruro	Sin cargo	Dos cada 12 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Prótesis maxilofaciales</b>		
Prótesis maxilofaciales no especificadas, por informe	Sin cargo	Con cobertura
<b>Servicios de implantes</b>		
Colocación quirúrgica de implante, endosteal	Sin cargo	Una de por vida
Colocación quirúrgica de mini implantes	Sin cargo	Una de por vida
Barra de conexión con soporte en implante dental	Sin cargo	Una cada 8 años
Pilar prefabricado, incluye colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Pilar personalizado, incluye colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/metal muy noble con pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/metal base con pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/metal noble con pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar, metal muy noble	Sin cargo	Una cada 8 años

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de implantes		
Corona de metal fundido con pilar, metal base	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar, metal noble	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con implante	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/metal muy noble con implante	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de metal muy noble con implante	Sin cargo	Una cada 8 años
Raspado y desbridamiento: implante único	Sin cargo	Una cada 12 meses
Reparación de prótesis con implante	Sin cargo	Una cada 12 meses
Pieza de reemplazo de accesorios de precisión	Sin cargo	Una cada 12 meses
Recementado/readhesión de corona con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 24 meses
Recementado/readhesión de dentadura postiza con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 24 meses
Corona con pilar, titanio/aleación de titanio	Sin cargo	Una cada 8 años

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de implantes		
Reparación de pilar/ implante	Sin cargo	Una cada 12 meses
Extracción de tornillo de retención de implante dañado	Sin cargo	Una cada 12 meses
Extracción quirúrgica de implante	Sin cargo	Con cobertura
Desbridamiento de defecto de pariimplante	Sin cargo	Una cada 24 meses
Desbridamiento y perfilado de defecto de pariimplante	Sin cargo	Una cada 24 meses
Injerto óseo para reparación de defectos de pariimplante	Sin cargo	Una cada 24 meses
Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	Sin cargo	Una de por vida
Regeneración tisular guiada - barrera reabsorbible, por implante	Sin cargo	Con cobertura
Regeneración tisular guiada - barrera no reabsorbible, por implante	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza superior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 8 años



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Servicios de implantes</b>		
Dentadura postiza inferior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Dentadura postiza superior extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Dentadura postiza inferior completa extraíble con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Índice de implante radiológico/quirúrgico	Sin cargo	Una cada 12 meses
Pilar de semiprecisión - Colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Accesorio de semiprecisión - Colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Procedimiento de implantes no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
<b>Servicios de prostodoncia fija</b>		
Póntico - Metal muy noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: metal predominantemente base fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico - Metal noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de prostodoncia fija		
Póntico - Titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico - Porcelana/titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico - Porcelana/cerámica	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: resina con metal base	Sin cargo	Una cada 60 meses
Póntico: resina con metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Retenedor: metal fundido para prótesis fija adherida con resina	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - Resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - Resina con metal base predominantemente	Sin cargo	Una cada 60 meses

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de prostodoncia fija		
Corona - Resina con metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona -Porcelana/cerámica	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - Porcelana/titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - 3/4 metal muy noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - 3/4 metal predominantemente base fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - 3/4 metal noble fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - 3/4 porcelana/cerámica	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - 3/4 titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

### Servicios de prostodoncia fija

Corona - metal muy noble completamente fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - metal base completamente fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona - metal noble completamente fundido	Sin cargo	Una cada 60 meses
Corona retenedora - titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 60 meses
Recementado de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reparación de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una cada 60 meses

### Servicios de cirugía bucal y maxilofacial

Extracción, restos de corona - diente primario	Sin cargo	Una de por vida
Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Sin cargo	Una de por vida
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una de por vida
Extracción de diente impactado: en tejido blando	Sin cargo	Una de por vida
Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	Sin cargo	Una de por vida

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Servicios de cirugía bucal y maxilofacial

Extracción de diente impactado completamente en hueso	Sin cargo	Una de por vida
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una de por vida
Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente	Sin cargo	Una de por vida
Cierre de fístula oroantral	Sin cargo	Una de por vida
Cierre primario de perforación de senos nasales	Sin cargo	Una de por vida
Reimplantación de diente o estabilización de diente accidentalmente perdido o desplazado	Sin cargo	Una de por vida
Trasplante de diente (incluye reimplante de un diente a otro y la férula o estabilización)	Sin cargo	Una de por vida
Acceso quirúrgico de diente no brotado	Sin cargo	Una de por vida

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Colocación, dispositivo para facilitar la erupción, diente impactado	Sin cargo	Una de por vida
Biopsia de incisión de tejido bucal duro (hueso/diente)	Sin cargo	Una de por vida
Biopsia de incisión de tejido bucal blando	Sin cargo	Una de por vida
Reposición quirúrgica de diente	Sin cargo	Una de por vida
Alveoloplastia con extracción por cuadrante	Sin cargo	Una de por vida
Alveoloplastia con extracción, 1-3 dientes por cuadrante	Sin cargo	Una de por vida
Alveoloplastia, por cuadrante	Sin cargo	Una de por vida
Alveoloplastia sin extracción - 1-3 dientes por cuadrante	Sin cargo	Una de por vida
Vestibuloplastia, extensión de rebordes (segunda epitelización)	Sin cargo	Una cada 60 meses
Vestibuloplastia (incluidos injertos)	Sin cargo	Una cada 60 meses
Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna, complicada	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral (maxilar y mandíbula)	Sin cargo	Una de por vida
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	Sin cargo	Una de por vida
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de cuerpo extraño	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de cuerpos extraños	Sin cargo	Con cobertura
Ostectomía/ sequestrectomía parcial	Sin cargo	Con cobertura
Sinusotomía de maxilar para extracción de fragmento de diente	Sin cargo	Con cobertura



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Sutura de heridas pequeñas reciente	Sin cargo	Con cobertura
Aumento de la cavidad sinusal con hueso o sustitutos óseos	Sin cargo	Con cobertura
Aumento de la cavidad sinusal con enfoque vertical	Sin cargo	Con cobertura
Injerto de reemplazo óseo para la preservación del reborde	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin cargo	Tres de por vida
Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Tres de por vida
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Sin cargo	Dos de por vida
Extirpación de encía pericoronar	Sin cargo	Una cada 24 meses
Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	Sin cargo	Dos de por vida

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios generales suplementarios		
Extracción de dispositivos (por un dentista diferente del que colocó el dispositivo), incluye la extracción de arco mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento de cirugía bucal no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Dos cada 12 meses
División de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia profunda/ anestesia general - primeros 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia general/sedación profunda - cada 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia/sedación (consciente) intravenosa moderada - primeros 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Sedación (consciente) intravenosa moderada - 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Servicios generales suplementarios

Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Una cada 6 meses
Visita domiciliaria/visita a centro de atención prolongada	Sin cargo	Con cobertura
Visita a hospital o centro quirúrgico ambulatorio	Sin cargo	Con cobertura
Consulta para observación (durante horas programadas regularmente): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Con cobertura
Consulta al consultorio: después de horas programadas con regularidad	Sin cargo	Con cobertura
Medicamento parenteral terapéutico, administración única	Sin cargo	Con cobertura
Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

Servicios generales suplementarios		
Protector oclusal - Dispositivo duro, arco completo	Sin cargo	Una cada 12 meses
Protector oclusal - Dispositivo blando, arco completo	Sin cargo	Una cada 12 meses
Protector oclusal - Dispositivo duro, arco parcial	Sin cargo	Una cada 12 meses
Servicios de traducción certificada o de lenguaje de señas, por consulta	Sin cargo	Con cobertura
Teledentistría - Sincrónico, encuentro en tiempo real	Sin cargo	Con cobertura
Teledentistría - Asincrónico, información almacenada y reenviada al dentista para la revisión posterior	Sin cargo	Con cobertura
Administración de casos dentales, pacientes que tienen necesidades de atención médica especiales	Sin cargo	Una cada 6 meses
Procedimiento adjunto no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de la vista</b>	Exámenes de la vista	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.*	Puede hacerse un examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare cada año.
		Copago de \$0 para lo que no está cubierto por Medicare. (Examen de la vista de rutina para anteojos).	
	Anteojos	Copago de \$0 para 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 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$350 por año como máximo.		

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de la salud mental</b>	La salud mental de los pacientes internados	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>En el 2025 los montos para cada período de beneficios son de \$0* O:  un deducible de \$1,676.  Días 1 a 60: copago de \$0 por día.  Días 61 a 90: copago de \$419 por día.</p>	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
	La salud mental de los pacientes internados	Día 91 en adelante: copago de \$838 por día de reserva de por vida. Después de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Se requiere autorización.
<b>Necesita atención de la salud mental</b> <i>(continuación)</i>	La salud mental de los pacientes externos	Salud mental: <b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta en la oficina o por telesalud. <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<p><b>Necesita atención de la salud mental</b> (continuación)</p>	<p>La salud mental de los pacientes externos (continuación)</p>	<p>Servicios de psiquiatría: <b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta en la oficina o por telesalud.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.</p>	<p>Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.</p>

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada</b>	Centro de enfermería especializada	<p>En 2025* los montos para cada período de beneficios:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$209.50 por día.</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>Se requiere autorización.</p>

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Beneficios que cubre Medicare</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita terapia para paciente externo</b>	Fisioterapia	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
		<b>Fuera de la red:</b> coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	
<b>Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud</b>	Ambulancia	Coseguro del 0% o del 20% por cada viaje de ida o vuelta.*	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 24 viajes de ida o vuelta por año para fines médicos.	Puede tomar un taxi, autobús, metro, camioneta o automóvil compartido.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Beneficios que cubre Medicare

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p><b>Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b></p>	<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>Coseguro del 0% o del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare.* Hasta \$35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.</p>

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

<b>Parte D de Medicare</b>	
<b>Prima de la Parte D</b>	\$0 o \$31.30 por mes.
<b>Deducible de la Parte D</b>	La mayoría de los miembros de Elderplan for Medicaid Beneficiaries reciben Ayuda adicional con los costos de los medicamentos con receta. Para 2025, el deducible de la Parte D es de \$590. Si recibe Ayuda adicional, el monto del deducible depende del nivel de Ayuda adicional que reciba; usted pagará un deducible de \$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.
<b>Etapas de cobertura inicial: Suministro para un mes (30 días) y suministro extendido (hasta 90 días) *^†Ω</b>	
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):	Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: copago de \$0 o copago de \$1.60 o copago de \$4.90 o 25% del costo

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Parte D de Medicare

Para **todos los demás medicamentos:**

Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente:

copago de \$0 o

copago de \$4.80 o

copago de \$12.15 o

25% del costo

\* Suministro para un mes para costos compartidos para minoristas estándares (dentro de la red), para la atención a largo plazo (31 días) y para servicios fuera de la red Suministro extendido para costos compartidos para minoristas estándares (dentro de la red) y para pedidos por correo.

^ También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).

† NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días por surtido.

Ω Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$2,000, pasará a la siguiente etapa (Etapa de situaciones catastróficas).

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

## Parte D de Medicare

### Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los “gastos no cubiertos” (sus pagos) lleguen a un total de \$2,000, usted permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

#### Cobertura en situaciones catastróficas

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

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b>	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para diabéticos y los medidores de glucosa en sangre se limitan a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b> <i>(continuación)</i>	Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Los copagos de \$0 para los medidores continuos de glucosa y otros suministros están disponibles en las farmacias participantes. Coseguro del 0% o del 20% por equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.*	Los medidores continuos de glucosa están limitados a determinados fabricantes: Freestyle Libre. Se requiere autorización. Se requiere autorización para determinados artículos.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.



## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita equipos y suministros médicos</b> <i>(continuación)</i>	Suministros médicos	Coseguro del 0% o del 20% para suministros médicos.*	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (extremidades artificiales o aparatos ortopédicos)	Coseguro del 0% o del 20% para dispositivos protésicos.*	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

<b>Otros servicios cubiertos</b>			
<b>Necesidad o problema de salud</b>	<b>Beneficio cubierto</b>	<b>Su costo compartido</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Necesita servicios de rehabilitación</b>	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.	<b>Dentro de la red</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* <b>Fuera de la red</b> Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.

\*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

### Más beneficios de su plan

#### Servicios de acupuntura ampliados

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

- Acupuntura
- Ventosas o moxa
- Acupresión
- Tui Na
- Gua Sha
- Reflexología
- Terapia de rayos infrarrojos

#### Juegos mentales con BrainHQ®

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

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Más beneficios de su plan

#### Tarjeta Flex

No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$500 para usar en 2025 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de vista, auditivos o de acondicionamiento físico. Todo el dinero de los beneficios que no se use expirará al final del año natural 2025 o si se da de baja del plan.

#### Productos de venta libre (OTC)

Usted puede comprar hasta \$660 por trimestre (3 meses) de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.

## Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

### Más beneficios de su plan

**OTC + comestibles + comidas + pagos de servicios públicos + asistencia para el alquiler o hipoteca**

Para los miembros que reúnen los requisitos (con determinadas enfermedades crónicas), los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos se combina con el beneficio para los OTC a fin de incluir los pagos del alquiler o hipoteca, servicios públicos, Internet, determinados artículos comestibles y comidas a domicilio como parte de la asignación OTC.

**Servicios de podiatría suplementarios**

**Dentro de la red:** copago de \$0 por consulta. Puede asistir hasta a 12 consultas de atención podiátrica de rutina año.

**Fuera de la red:** copago de \$0 por consulta. Puede asistir hasta a 12 consultas de atención podiátrica de rutina año.

## Más beneficios de su plan

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

El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a una membresía para un centro de acondicionamiento físico en una ubicación participante de la red y la opción de elegir un kit de ejercicios en el hogar que incluye opciones como un dispositivo portátil de seguimiento de estado físico o un kit de fuerza. Además, puede acceder a sesiones individuales de entrenamiento de bienestar por teléfono, video o chat con un entrenador de salud capacitado. El número gratuito de Silver&Fit es 1-877-427-4788 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries**  
**(HMO-POS-SNP) 2025**

**Más beneficios de su plan**

<p><b>Teladoc®</b></p>	<p>A un costo compartido de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana por videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora.</p> <p>Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.</p>
<p><b>Cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia, servicios de urgencia</b></p>	<p>El costo compartido para la cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia o servicios de urgencia es de \$0. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.</p>

## **Sección III: Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan**

Es posible que haya algunos servicios para los que usted sea elegible en Medicaid, pero que no estén cubiertos por Elderplan for Medicaid Beneficiaries. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, use la información a continuación para comunicarse con su correspondiente Oficina de Servicios Sociales del Departamento de Salud del Estado de New York. Le pedimos que consulte la tabla de contacto de Medicaid.

**Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:**

### **Beneficios de Medicaid**

#### **Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan**

Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación

Atención diurna social

Apoyos sociales y ambientales

Cuidado en hogar de personas mayores (Centro residencial de atención médica)



# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

## Beneficios de Medicaid

### Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

#### Cuidados en el hogar

- a. Enfermería
- b. Auxiliar de atención de la salud en el hogar
- c. Fisioterapia (PT)
- d. Terapia ocupacional (OT)
- e. Patología del habla y del lenguaje (SP)
- f. Servicios médicos y sociales

#### Atención médica diurna para adultos

#### Atención personal

Equipo médico duradero, incluidos los suministros médico-quirúrgicos, las fórmulas enterales y parenterales, las pilas para audífonos, las prótesis, las órtesis y el calzado ortopédico. Fórmula enteral limitada a alimentación por sonda nasogástrica, yeyunostomía o gastrostomía; o tratamiento de un error innato del metabolismo.

#### Sistema personal de respuesta ante emergencias

#### Transporte que no sea de emergencia

#### Podiatría

#### Odontología

#### Optometría/anteojos

# Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

## **Beneficios de Medicaid**

### **Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan**

Los servicios ambulatorios de rehabilitación para pacientes externos, fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), que sean ordenados por un médico u otro profesional autorizado están cubiertos según sean médicamente necesarios (sin límite en el número de consultas).

Audiología/audífonos

Terapia respiratoria

Nutrición

Atención de enfermería privada

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

### **Pago por servicio de Medicaid**

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Servicios hospitalarios para pacientes externos

Servicios médicos, incluidos los servicios brindados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar.

Servicios de laboratorio

Servicios de radiología y radioisótopos

Transporte de emergencia

Servicios de clínicas de salud rurales

Diálisis renal crónica

# Resumen de beneficios – Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025

## Beneficios de Medicaid

### Pago por servicio de Medicaid

Servicios de salud mental

Servicios para tratar alcoholismo y abuso de sustancias

Servicios de OPWDD

Servicios de planificación familiar

Medicamentos con y sin receta, recetas preparadas

Todos los otros servicios enumerados en el Título XIX del Plan de Estado



Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través del pago por servicio de Medicaid.

# Información de contacto del programa New York State Medicaid

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)</b>
<b>LLAME AL</b>	Línea de ayuda de Medicaid de la HRA: 1-888-692-6116 Condado de Nassau: 516-227-8000 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m. Ciudad de New York: 718-557-1399 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m. Condado de Westchester: 914-995-3333 Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
<b>TTY</b>	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

<b>Método</b>	<b>Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)</b>
<b>ESCRIBA</b>	New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
<b>SITIO WEB</b>	<a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm</a>

**Elderplan, Inc.**  
**Aviso sobre no discriminación: la discriminación es ilegal**

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - información escrita 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 los siguientes:
  - intérpretes calificados
  - información escrita 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 el coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

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 o por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.

Además, 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 bien por correo postal o por teléfono como se indica a continuación:

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

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

## Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية 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 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



# Lista de verificación para la preinscripción

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

## Comprenda los beneficios

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

## Resumen de beneficios – **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO-POS-SNP) 2025**

### **Comprenda las normas importantes**

- Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2026**.
- Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- 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.
- Su cobertura médica y de medicamentos con receta se compararon con su cobertura de seguro actual. Se convertirá en miembro de Elderplan al verificar la inscripción y dejará de tener cobertura con su plan actual.



Para obtener más información,  
llámenos sin cargo al

**1-800-353-3765**

de 8 a.m. a 8 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.