Melderplan

Cuidándole cada minuto, todos los días.



Resumen de beneficios

Elderplan Extra Help (HMO)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Fecha de entrada en vigencia propuesta//
Proveedor de atención primaria
Nombre
Dirección
Número de teléfono ()
Nombre del representante de ventas
Números de teléfono importantes

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



Resumen de beneficios

para Elderplan Extra Help (HMO)

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester

Acerca de Elderplan

Elderplan es una organización sin fines de lucro fundada aquí mismo en New York. Nuestro objetivo principal es garantizar que los miembros de nuestra comunidad reciban la atención y el apoyo que merecen. Es por eso que ofrecemos una variedad de planes Medicare Advantage diseñados para adaptarse a las necesidades cambiantes de los beneficiarios de Medicare y aquellos con doble elegibilidad para Medicare y Medicaid en cada nivel de salud.

Elderplan es miembro de MJHS Health System, una organización sin fines de lucro fundada por Las Cuatro Damas de Brooklyn en 1907, basada en los valores centrales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan se enorgullece de atender a personas de cualquier raza, origen étnico, creencia, nacionalidad, identidad o expresión de género, orientación sexual o estado de función en el servicio militar.

Elderplan Extra Help (HMO) Descripción general del plan

Es importante para nosotros garantizar que reciba la atención que necesita. Asegurarnos de que esta atención sea asequible también es importante. Es por esto que diseñamos un plan para los beneficiarios de Medicare que ofrece un poco de ayuda adicional en el pago de su cobertura médica. Usted recibe la atención médica que necesita con una prima y copagos bajos, y sin necesidad de remisiones para consultar a sus médicos. Además de la cobertura médica y hospitalaria, nuestros miembros que reciben el Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) disfrutarán también de ahorros adicionales en la cobertura para medicamentos con receta. Además, disfrutará de un beneficio de productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), que puede usar para pagar artículos relacionados con la salud, alimentos seleccionados en

una tienda o un pedido en línea y comidas entregadas a domicilio*. El plan también brinda servicios dentales integrales, transporte hasta y desde las citas médicas y cobertura internacional de emergencia. Si a estas alturas no está claro que nuestro principal objetivo es mantener a las personas sanas y felices, debe saber que también ofrecemos un programa de incentivos para el bienestar, con el que recibe recompensas por hacerse revisiones preventivas y vacunarse. Y como nos preocupamos por su bienestar físico y mental, le ofrecemos un beneficio de acondicionamiento físico (que le permite sumarse a clases desde casa o entrenar en el gimnasio) y acceso al programa de entrenamiento de la memoria de BrainHQ®. También ofrecemos el programa Miembro a miembro galardonado, que les brinda a nuestros miembros la oportunidad

de conectarse entre sí y participar en actividades emocionantes. Independientemente de si es un paseo por el parque, compras de comestibles, una charla amistosa, actividades de bienestar y relajación, demostraciones de cocina o clases de ejercicios, queremos que tenga opciones para sentirse conectado.

Al pagar menos por la cobertura de atención médica, tendrá más dinero para gastar en las cosas que disfruta.

Porque lo cuidamos. Cada minuto. Todos los días.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios8
 Información de contacto de Elderplan
• ¿Quién puede inscribirse?
Información útil sobre Medicare
 Información acerca de Elderplan Extra Help
Sección II: Resumen de beneficios
• Prima mensual, deducible y costos máximos que paga de su bolsillo
Beneficios cubiertos por Medicare
Beneficios de medicamentos con receta
Otros beneficios cubiertos

Beneficios a simple vista

EX.3	Consultas con médicos (atención primaria)	
4	Deducible de la Parte B	
444	Acupuntura	
- King -	Juegos para el cerebro con BrainHQ®	ĊO
	Servicios dentales preventivos e integrales complementarios	\$0
≅	Examen auditivo de rutina	
	Examen de rutina de la vista	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
	Transporte	
	Acceso a la atención de Teladoc® 24/7	
₩	Atención de especialistas	60 F
	Podiatría de rutina	\$35
+	Beneficio de productos de venta libre (OTC)	\$80 cada trimestre



Utilice su beneficio de OTC para comprar productos relacionados con la salud, alimentos y comidas preparadas también.*

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

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 o algún tercero.

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 2023 de Elderplan Extra Help (HMO). Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Extra Help

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 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 Extra Help

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 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 sin cargo. 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 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 necesita información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede inscribirse?

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

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

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).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (como por ejemplo, Elderplan Extra Help [HMO]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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



- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente "Medicare & You" (Medicare y usted). También puede consultarlo en línea en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf o solicitar una copia 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, pídales a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios.
 O bien utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plancompare.



Información acerca de Elderplan Extra Help

Requisitos de elegibilidad para nuestro plan

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Extra Help (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios, excepto en casos de emergencia. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para

obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web **www.elderplan.org** o bien, puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

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

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además,

cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

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

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la "etapa de pago de medicamentos" en la que usted se encuentra y de los niveles de costo compartido del plan. Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

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

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

Sección II: Resumen de beneficios

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

Elderplan Extra Help (HMO)				
Prima mensual (prima de la Parte D)	\$38.90	Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible de la Parte B	\$0			
Máximo que paga de su bolsillo	\$7,550	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando las primas del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.		

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Nicoccita	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$390 por día. • Día 6 en adelante: \$0 copago por día.	Se requiere autorización.
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 20%	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 20%	
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Copago de \$0 para visitas al consultorio y servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare.				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
	Especialistas	Copago de \$35 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.	
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	Copago de \$35 para cada consulta.	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.	
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención	Copago de \$0 por cada consulta para el examen físico anual.	Este examen está cubierto además del "Examen de bienvenida a Medicare" y la consulta anual de "bienestar".	
	preventiva	Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.	

Beneficios que cubre Medicare.				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	 Prueba de detección aórtico abdominal Detección y orientad de alcohol Medición de la masa (densidad ósea) Enfermedad cardiova (terapia del comport Pruebas de detección enfermedades cardio Prueba de detección de cuello de útero y Pruebas de detección colorrectal Pruebas de ADN en multiobjetivo Pruebas con enema Colonoscopias de con enema Colonoscopias de con enema Prueba de detección sigmoidoscopias fle Pruebas de detección sigmoidoscopias fle Pruebas de detección 	ción de abuso a ósea ascular camiento) n de ovasculares de cáncer de vagina n de cáncer h heces as de bario detección oculta en la on de exibles n de la depresión	

Beneficios que cubre Medicare.				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	 Capacitación para el de la diabetes Pruebas de glaucome Prueba de detección el virus de la hepatit Prueba de detección Prueba de detección Pruebas de detección Pruebas de detección Pruebas de tratami Pruebas de detección y asesoramiento Pruebas de detección y asesoramiento Pruebas de detección de transmisión sexu asesoramiento Asesoramiento para Vacunas contra la Contra la y contra el neumoco Consulta preventiva bienvenida a Medica Consulta anual de "E 	de infección por is B (HBV) n de la hepatitis C n de VIH n de cáncer de las de detección) ento nutricional en de obesidad la de infecciones al (ETS) y dejar de fumar OVID-19, la hepatitis B loco "Le damos la lare" (única vez)	

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

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

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

Beneficios que cubre Medicare.				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Necesita exámenes médicos (continuación)	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT)	Coseguro del 20% para cada consulta.	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).	

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

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto		
Necesita atención dental	Servicios dentales preventivos	\$0 por cobertura de servicios dentales preventivos complementarios, limitada a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación.	
	Servicios dentales integrales	La cobertura de servicios dentales integrales comple-mentarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación.	Servicios dentales integrales complementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.
		Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

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

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

•••••	•
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
	Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo Sin cargo \$150 \$150

\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
	\$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150

Corona: metal base predomi- nante fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal noble fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Una vez después de 6 meses, por diente
Recolocación de un frag- mento de una pieza dental	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Corona de acero inoxidable, diente de leche	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de acero inoxidable, diente de adulto	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Retención con perno	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base, además de corona	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Cada perno adicional fabricado a medida	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y base prefabricados, además de corona	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Servicios de endodoncia		
Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

	· • · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	···•··································
Terapia pulpar, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Terapia pulpar, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente trasero	\$40	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodoncia anterior, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, diente frontal	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: premolar, primera raíz	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: molar, primera raíz	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: cada raíz adicional	\$40	Una vez de por vida, por diente
Empaste retrógrado: por raíz	\$40	Una vez de por vida, por diente

Exposición quirúrgica de superficie radicular: anterior	\$40	Una vez de por vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: premolar	\$40	Una vez de por vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: molar	\$40	Una vez de por vida, por diente
Servicios de periodoncia	•	
Tratamientos de las encías	\$40	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Tratamiento de las encías y los huesos	\$150	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Tratamiento de las encías y los huesos	\$150	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Limpieza profunda: para ayudar al dentista a evaluar la boca	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Limpieza profunda: después del tratamiento de las encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Servicios maxilofaciales: extraíbles		
Dentadura postiza superior completa	\$150	Una vez cada 60 meses

Dentadura postiza inferior completa	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: a base de resina	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: a base de resina	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: metal fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: metal fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, superior	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, inferior	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial hecha para un lado de la boca: material de plástico flexible	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial hecha para un lado de la boca: material de plástico	\$150	Una vez cada 60 meses

Ajuste de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza superior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza inferior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Reparación de dentadura postiza inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de dentadura postiza superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto/ faltante, dentadura postiza completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación del material plástico de la dentadura postiza parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación del material plástico de la dentadura postiza parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida, dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Reparación/reemplazo de cierre roto, por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto, por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de diente a denta- dura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de cierre a denta- dura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de denta- dura postiza inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de denta- dura postiza superior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de denta- dura postiza inferior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

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

· . · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	<u>.</u>
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
	\$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150 \$150

Retenedor, corona: resina con metal altamente noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina con metal base predominante	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana/cerámica	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana fundida a metal altamente noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana fundida a metal base predominante	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcela- na fundida a metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: porcelana/titanio y aleaciones	\$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: metal muy noble fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: metal base predominante fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente

Retenedor, corona: metal noble fundido por completo	\$100	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado o reconstitución, por unidad	Sin cargo	Con cobertura
Cirugía bucal y maxilofa	cial	
Extracción: diente brotado o raíz expuesta	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado en tejido blando	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impac- tado parcialmente en hueso	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impacta- do completamente en hueso	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente im- pactado completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente	\$100	Una vez de por vida, por diente
Cierre de fístula oroantral	\$100	Una vez de por vida, por diente
Acceso quirúrgico de diente brotado	\$100	Una vez de por vida, por diente

	••••••	·
Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	\$100	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia con extracción, por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por cuadrante
Vestibuloplastia, extensión de rebordes (segunda epitelización)	\$100	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna de hasta 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna superior a 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	\$100	Con cobertura

	·	
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral: maxilar y mandíbula	\$100	Con cobertura
Extracción de torus mandibular	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	\$100	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$100	Con cobertura
Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$100	Con cobertura
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$100	Con cobertura
Extirpación de encía pericoronal	\$100	Con cobertura

Servicios generales complementarios			
Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Con cobertura	
Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos	Sin cargo	Con cobertura	
Anestesia por bloqueo regional	Sin cargo	Con cobertura	
Anestesia por bloqueo de división trigeminal	Sin cargo	Con cobertura	
Anestesia local	Sin cargo	Con cobertura	
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Con cobertura	
Visita de observación al consultorio (durante el horario habitual de atención): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Con cobertura	
Ajuste oclusal: limitado	Sin cargo	Con cobertura	
Ajuste oclusal: completo	Sin cargo	Con cobertura	

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

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$350 por día. • Día 6 en adelante: \$0 copago por día.	Se requiere autorización.
Necesita atención de la salud mental	Atención de salud mental para pacientes externos	Atención psiquiátrica, sesión individual: Copago de \$20 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud. Atención psiquiátrica, sesión grupal: Copago de \$5 para cada consulta. Copago de \$5 para cada consulta. Copago de \$10 \$10 \$10 \$10 \$10 \$10 \$10 \$10 \$10 \$10	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental (continuación)	Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Servicios de psiquiatría, sesión individual: Copago de \$25 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud. Servicios de psiquiatría, sesión grupal: Copago de \$5 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabili- tación	Centro de enfermería especializada	Usted paga por admisión: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copa- go de \$196 por día. Día 101 en adelante: paga todos los costos.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita terapia como paciente externo	Fisioterapia	Copago de \$35 para cada consulta.	Se requiere autorización.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Copago de ambulancia	\$215 por cada viaje de ida o de vuelta.	Solo se requie- re autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 32 viajes de ida o vuelta por año para fines médicos.	También puede tomar un taxi, un autobús, el metro o una camioneta.

Beneficios que cubre Medicare.			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita medicamen- tos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.	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 ciertos medicamentos.

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (también conocido como "Ayuda adicional"), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla por sus medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la Ayuda adicional que reciba y la farmacia que elija.

Prima de la Parte D	\$38.90 por mes
Deducible de la Parte D	Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: el deducible de la Parte D es de \$0. Medicamentos de los Niveles 4 y 5: el deducible de la Parte D es de \$505. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$505; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de
	cobertura inicial.



Parte D de Medicare				
Deducible de la Parte D y Etapa de cobertura inicial				
		Etapa de cobertura inicial		
Nivel: nombre del nivel	Deducible de la Parte D	Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 30 días)*	Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 90 días)^†	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días)†
Nivel 1: medicamen- tos genéricos preferidos	\$0	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$8
Nivel 2: medicamen- tos genéricos		Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$20
Nivel 3: medicamen- tos de marca preferidos		Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel 4: medicamentos no preferidos	¢EOE	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados	\$505	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

Parte D de Medicare

* Costo compartido de suministro de un mes para minoristas estándares (dentro de la red), atención a largo plazo (31 días) y fuera de la red.

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

†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).

Etapa del período sin cobertura

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

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

Usted permanece en esta etapa hasta que los "costos que paga de su bolsillo" (sus pagos) lleguen a un total de \$7,400. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma.

Parte D de Medicare

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los "costos que paga de su bolsillo" (sus pagos) lleguen a un total de \$7,400, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Costo compartido en situaciones catastróficas	Usted paga un coseguro o un copago, el que sea más alto:
Para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideren genéricos):	Copago de \$4.15 o bien, coseguro del 5%
Para todos los demás medicamentos:	Copago de \$10.35 o bien, coseguro del 5%

Otros benef	icios cubierto	S	
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para la diabetes cubier- tos por Medicare.	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.
Necesita equipos y suministros médicos	Equipo médi- co duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)	Coseguro del 20% para equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.	Solo se requie- re autorización para determina- dos artículos.
	Suministros médicos	Coseguro del 20% para suministros médicos.	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (prótesis para extremidades o dispositivos ortopédicos)	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
fisioterapi y terapia del habla del lengua Rehabilita cardíaca	ocupacional, fisioterapia	Copago de \$35 para cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$10 para servicios de rehabilitación cardíaca.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$20 para servicios de rehabilitación pulmonar.	Se requiere autorización.

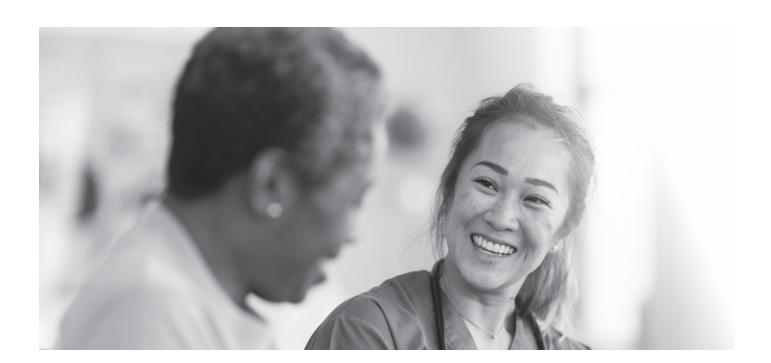
Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año.
Juegos para el cerebro con BrainHQ®	No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos.
Productos de venta libre (OTC)	Puede comprar hasta \$80 por trimestre de productos de OTC elegibles con una tarjeta para OTC provista por Elderplan.
OTC + productos alimenticios + comidas preparadas	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (beneficio de alimentos) se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos y comidas preparadas como parte de la asignación trimestral de OTC.
Servicios de podiatría de rutina	Copago de \$35 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año.

Más beneficios con 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 en centros de acondicionamiento físico participantes 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. El programa también permite acceder a sesiones individuales digitales de entrenamiento para un envejecimiento saludable por teléfono con un entrenador de salud capacitado.	
Teladoc®	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. Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.	

Más beneficios con su plan

Cobertura internacional de servicios de emergencia/ transporte de emergencia/ cobertura de urgencia

Copago de \$0 para cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/cobertura de urgencia. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.



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

Español (Spanish)

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como lo siguiente:
 - o 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:

Coordinador de derechos civiles 6323 7th Ave Brooklyn, NY, 11220 Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711

Fax: 1-718-759-3643

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

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

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

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

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-353-3765 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 (ТТҮ: 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على .(TTY:711) 3765-350-000 . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة محانية.

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.

Portuguese: 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ございます。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 করুনা বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেনা পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Greek: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιεσδήποτε 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.

מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן Yiddish מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-800-353-3765 (TTY:711) איינער וואס אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 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 (TTY: 711) 3765-353-800-1 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 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.

Cor	nprenda las normas importantes
i 1	Además de su prima mensual del plan, usted 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 y los copagos o coseguros oueden cambiar el 1 de enero de 2024 .
1	Salvo en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores que no se encuentren en la red (médicos que no figuren en el directorio de proveedores).



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.