

Cuidándole cada minuto, todos los días.



Resumen de beneficios

Elderplan Flex (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 Flex (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 militar.

Elderplan Flex (HMO) Descripción general del plan

Elderplan comprende que tener flexibilidad en su atención médica es importante para los beneficiarios activos e independientes de Medicare como usted. Es por eso que diseñamos un nuevo plan que le brinda la atención que necesita con las opciones que desea. Elderplan Flex ofrece una prima de \$0 y copagos bajos, y le permite consultar a su médico sin remisiones. Además de la cobertura médica y hospitalaria, tendrá la flexibilidad de elegir un beneficio adicional seleccionado que sea más importante para usted. Con los beneficios adicionales seleccionados de Elderplan Flex, tendrá la opción de disfrutar de un beneficio de productos de venta libre (OTC), que puede usar para pagar productos alimenticios y relacionados con la salud, ya sea en una tienda o en línea, así como comidas entregadas a domicilio*,

o un beneficio de transporte hasta y desde citas médicas. El plan también brinda cobertura dental preventiva e integral complementaria y cobertura de emergencia en todo el mundo. 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 conectar con los demás y participar en actividades emocionantes. Independientemente de si se trata de un paseo por el parque, compras de alimentos, conversaciones amistosas, 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 beneficios	8
 Información de contacto de Elderplan 	
• ¿Quién puede inscribirse?	
 Información útil sobre Medicare 	
 Información acerca de Elderplan Flex 	
Sección II: Resumen de beneficios	15
 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

ESS.	Consultas con médicos (atención primaria)	
4	Deducible de la Parte B	
111	Acupuntura	
	Juegos para el cerebro con BrainHQ®	
	Servicios dentales preventivos e integrales complementarios	\$0
≅6	Examen auditivo de rutina	
	Examen de rutina de la vista	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
	Acceso 24/7 a la atención de Teladoc®	
₩	Atención de especialistas	ĊOE
	Podiatría de rutina	\$35

Puede elegir uno de nuestros beneficios adicionales seleccionados:



Beneficio de productos de venta libre (OTC)
o bien,



• Beneficio de transporte

\$120 cada trimestre
o bien,

48 viajes de ida o vuelta



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



Utilice su beneficio de transporte para ir a lugares aprobados, como a citas con el médico.

^{*}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. 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 Flex (HMO). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Flex

- 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 Flex

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

Este documento está disponible en español y chino gratuitamente. 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 Flex (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir 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 (por ejemplo, Elderplan Flex [HMO]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

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 el país.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Flex (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

Estos son los costos de atención médica de Elderplan Flex.

Elderplan Flex (HMO)			
Prima mensual (prima de la Parte D)	\$0	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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
	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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Desea consultar a un médico (continuación)	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.	
	Atención	Copago de \$0 por cada consulta para el examen físico anual.	Este examen está cubierto junto con el "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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (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 o Análisis de sangre o materia fecal Prueba de detección sigmoidoscopias fle Pruebas de detección Pruebas de detección Pruebas de detección 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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	 Capacitación para el de la diabetes Pruebas de glaucom Prueba de detección por el virus de la hep Prueba de detección Prueba de detección Pruebas de detección Pruebas de detección Pruebas de tratami Pruebas de detección y asesoramiento Pruebas de detección de próstata (PSA) Pruebas de detección de transmisión sexu y asesoramiento Asesoramiento para Vacunas contra la Contra la Contra la Contra el neumocon Consulta preventiva a Medicare" (única ventica el neumocon Consulta anual de "tonsulta anual de "	de infección patitis B (HBV) n de la hepatitis C n de VIH on de cáncer pa de detección) ento nutricional on de obesidad on de cáncer on de infecciones al (ETS) dejar de fumar OVID-19, la hepatitis B oco "Bienvenido vez)	

Beneficios cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Necesita	Atención de emergencia	Copago de \$90 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	No se requiere costo comparti-do en caso de ser internado dentro de las 24 horas.	
atención de emergencia	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.	
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.	

Beneficios cubiertos por 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 o	cada servicio.	
(continuación) Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/		Copago de \$20 para cada servicio.		

Beneficios cubiertos por 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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Necesita atención	Exámenes auditivos	Copago de \$35 para cada uno de los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.		
	auditivos	Copago de \$0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare por año.		
auditiva	Audífonos	Beneficio máximo de hasta \$1,000 por año para ambos oídos combinados (\$500 disponibles por oído). Copago de \$0 para adaptación/ evaluación de audífonos por año.	Se requiere de autorización de un médico o especialista para los audífonos.	

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
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.	

Beneficios cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Necesita atención dental (continuación)	Servicios dentales integrales	Usted paga un deducible de \$100. Una vez que se cumple con el deducible, usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales complementarios, hasta un máximo anual de \$1,500. Usted paga todos los costos más allá del monto máximo del beneficio. La cobertura de servicios dentales integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación. Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	Servicios dentales integrales complementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.	

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 integrales complementarios (deducible de \$100)			
	-		
Servicios de restauración	1		
Servicios de restauración Empaste de plata: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente	
Empaste de plata:		· ·	
Empaste de plata: una superficie Empaste de plata:	Sin cargo	por diente Una vez cada 24 meses,	
Empaste de plata: una superficie Empaste de plata: dos superficies Empaste de plata:	Sin cargo	por diente Una vez cada 24 meses, por diente Una vez cada 24 meses,	
Empaste de plata: una superficie Empaste de plata: dos superficies Empaste de plata: tres superficies Empaste de plata:	Sin cargo Sin cargo	por diente Una vez cada 24 meses,	
Empaste de plata: una superficie Empaste de plata: dos superficies Empaste de plata: tres superficies Empaste de plata: cuatro o más superficies Empastes del color del	Sin cargo Sin cargo Sin cargo	por diente Una vez cada 24 meses,	

Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: dos superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: tres superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Incrustación: metálica, una superficie	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, tres o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Restauración: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/ cerámica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente

Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
	Sin cargo

Corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	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	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Cada perno adicional fabricado a medida	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Servicios de endodoncia			
Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente	
Terapia pulpar, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente	

Terapia pulpar, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodon- cia anterior, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, diente trasero (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía, cada raíz adicional	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Empaste retrógrado, por raíz	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Exposición quirúrgica de superficie radicular: anterior	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

	•••••		
Exposición quirúrgica de su- perficie radicular: premolar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente	
Exposición quirúrgica de superficie radicular: molar	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente	
Servicios de periodoncia			
Tratamientos de las encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante	
Tratamiento de las encías y los huesos	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante	
Tratamiento de las encías y los huesos	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por cuadrante	
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante	
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante	
Limpieza profunda: para ayudar al 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	Sin cargo	Una vez cada 60 meses	
Dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 60 meses	

Dentadura postiza inmediata: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: a base de resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza superior parcial: metal fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inferior parcial: metal fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial de un solo lado: metal fundido, inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial hecha para un lado de la boca: material de plástico flexible	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial hecha para un lado de la boca: material de plástico	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Ajuste de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Con cobertura

Ajuste de dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza superior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza inferior parcial	Sin cargo	Con cobertura
Reparación de 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
•	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sin cargo	Una vez cada 12 meses
	Sin cargo

Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sobredentadura, completa superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, completa inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura, parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios de prostodoncia			
Póntico, metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, metal base predominante fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, porcelana fundida sobre metal	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, porcelana fundida a titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, resina con metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, resina con metal base predominante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Póntico, resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Retenedor, metal fundido para unión con resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	
Restauración del retenedor: metal muy noble fundido, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente	

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

Retenedor, corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Recementado o reconstitución, por unidad	Sin cargo	Con cobertura
Cirugía bucal y 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 impactado parcialmente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado completamente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente im- pactado completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica de restos radiculares	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Cierre de fístula oroantral	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Acceso quirúrgico de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia con extracción: por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por cuadrante
Vestibuloplastia, extensión de rebordes (segunda epitelización)	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna de hasta 1,25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna superior a 1,25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1,25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1,25 cm	Sin cargo	Con cobertura
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 1,25cm	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	Con cobertura
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de encía pericoronal	Sin cargo	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 cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
Necesita atención of- talmológica	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 (de rutina) por año.	
	Elementos	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.		
	para corregir la vista	Copago de \$0 para anteojos y lentes (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$200 por año como máximo.	Incluye lentes de contacto y anteojos.	

Beneficios cubiertos por Medicare				
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber	
	Atención de salud mental para pacientes internados	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 \$10 para servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.	

Beneficios cubiertos por 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.

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabili- tación	Centro de enfermería especializada	Usted paga por admisión: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago 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.
Necesita terapia como paciente externo	Fisioterapia	Copago de \$35 para cada consulta.	Se requiere autorización.

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

Beneficios cubiertos por Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita me- dicamentos 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	\$0 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 \$375. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el de-
	ducible de \$375; 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 com- partido 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	\$375	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$200	
Nivel 5: medicamentos especializados		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.

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.

Parte D de Medicare		
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 beneficios cubiertos			
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 cubiertos 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	os y co duradero (como sillas	Coseguro del 20% para equipo médico duradero (DME) cu- bierto por Medicare.	Solo se requiere autorización para determinados 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
	Terapia ocupa- cional, fisiote- rapia y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$35 para cada consulta.	Se requiere autorización.
Necesita servicios de rehabilitación	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.

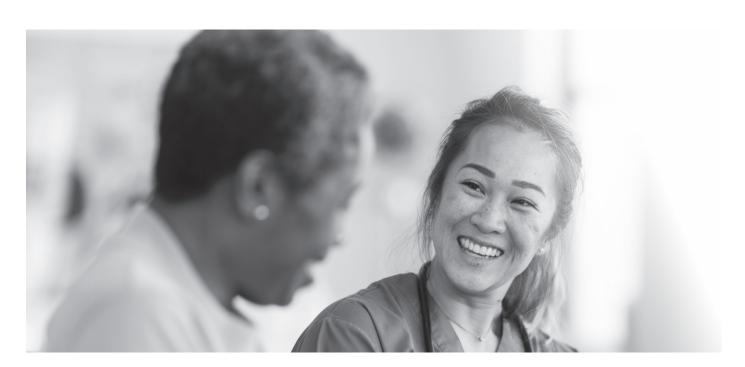
Más beneficios con su plan		
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año.	
Juegos para el cerebro con BrainHQ®	No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos.	
Productos de venta libre (OTC)	Puede comprar hasta \$120 por trimestre de productos de OTC elegibles con una tarjeta para OTC provista por Elderplan. Para usar este beneficio, debe elegirlo como su beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.	
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. Para usar este beneficio, usted debe elegir a OTC como su beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.	

Más beneficios con su plan		
Servicios de podiatría de rutina	Copago de \$35 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas por año.	
Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® les 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:
 - o 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۔

Compranda los banaficios

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**.

inpletida tos belieficios
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

Co	mprenda 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 y los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024 .
	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.