2025

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Resumen de beneficios

Elderplan Extra Help (HMO-POS)

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

H3347_EPS17728_M

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

elderplan®

Resumen de beneficios

para **Elderplan Extra Help (HMO-POS)**

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

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

Acerca de Elderplan

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

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

Además, una ventaja para nuestros miembros de Elderplan/HomeFirst que forman parte de la familia MJHS es que nuestro sistema de salud también incluye atención domiciliaria de MJHS, cuidados paliativos de MJHS, así como los centros MJHS Isabella y MJHS Menorah para rehabilitación y atención de enfermería. Por lo tanto, si con el tiempo necesita asistencia adicional y decide recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede colaborar con sus colegas de todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera posible.

Elderplan Extra Help (HMO-POS)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado especialmente para los beneficiarios de Medicare que sean elegibles para recibir Ayuda adicional. Este plan ofrece cobertura médica, hospitalaria y para medicamentos con receta con pocas primas o sin primas, y con copagos bajos. Además, ofrece beneficios adicionales como la libertad de elegir cualquier dentista o especialista dentro o fuera de la red, y el beneficio trimestral para productos de venta libre (OTC)*. Cada miembro recibirá una tarjeta Flex para pagar los gastos no cubiertos de servicios dentales, oftalmológicos, auditivos y de acondicionamiento físico, y tendrá un equipo de administración de la atención, que estará allí para ofrecer apoyo y guía, así como ayudar a coordinar los beneficios, responder preguntas y mucho más.

Como miembro de este plan, también podrá participar en nuestro Programa de incentivos para el bienestar que lo recompensa por hacerse exámenes de detección y aplicarse vacunas elegibles, obtener una membresía para gimnasio que lo ayuda a mantenerse saludable, y tener acceso a nuestro programa Member-to-Member galardonado.

Elderplan. Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios 7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información acerca de Elderplan Extra Help

Sección II: Resumen de beneficios 15

- Prima mensual, deducible y gastos máximos no cubiertos
- Beneficios cubiertos por Medicare
- Beneficios de medicamentos con receta
- Otros beneficios cubiertos

Resumen de beneficios

Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista que desee dentro o fuera de la red.	**$0**
Consultas con médicos (atención primaria)	
Deducible de la Parte B	
Servicios de acupuntura expandidos	
Juegos mentales con BrainHQ®	
Servicios dentales de diagnóstico, preventivos e integrales suplementarios	
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	**$25**
Podiatría de rutina	
Tarjeta Flex‡	**$500** por año
Beneficio de productos de venta libre (OTC)	**$140** cada trimestre

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

* La elegibilidad se determina en función de si padece una enfermedad crónica asociada a los Beneficios suplementarios especiales para personas con afecciones crónicas (SSBCI) (OTC ampliado). Algunos ejemplos de afecciones de SSBCI pueden incluir, entre otras, trastornos cardiovasculares, diabetes, artritis, trastornos pulmonares crónicos y cáncer. Hay otras condiciones elegibles que no están mencionadas. Los estándares para este beneficio pueden variar.

‡ El beneficio de la tarjeta Flex consiste en una tarjeta de asignación de $500 para usar en 2025 en gastos no cubiertos de servicios dentales, oftalmológicos, auditivos o de acondicionamiento físico.

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid 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 2025 de Elderplan Extra Help (HMO-POS). 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 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 sin cargo en español y chino. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 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-POS), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados del estado de New York: Condados de Bronx, Kings, Nassau, 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 Medicare Original (Medicare con pago por servicio). Medicare Original 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-POS]).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan Extra Help y Medicare Original 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 Medicare Original. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.

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

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, Nassau, 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-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios para ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web **www.elderplan.org**, 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 Medicare Original y más.

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Medicare Original.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Medicare Original. 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 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-POS)		
Prima mensual (prima de la Parte D)	$41.00	Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible de la Parte B	$0	
Gastos máximos no cubiertos combinados	$7,550 Combinados dentro y fuera de la red	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los gastos no cubiertos de la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de gastos no cubiertos combinados dentro y fuera de la red, 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**
Necesita atención en un hospital	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.
	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**
Desea consultar a un médico *(continuación)*	Especialistas	**Dentro de la red** Copago de $25 por cada consulta. Copago de $10 para servicios de telesalud. **Fuera de la red** Copago de $25 por cada consulta.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	**Dentro de la red** Copago de $25 por cada consulta. **Fuera de la red** Copago de $25 por cada consulta.	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.

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	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".
		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 de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Prueba de sangre con biomarcadores • Medición de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo - Pruebas con enemas de bario - Colonoscopias de detección - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Prueba de detección de sigmoidoscopias flexibles	

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)*	• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare • Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección de la hepatitis C • Pruebas de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer de pulmón • Mamografías (pruebas de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Pruebas de detección de obesidad y asesoramiento	

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)*	Consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare" • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: - Vacuna contra la COVID-19 - Vacunas antigripales - Vacunas contra la hepatitis B - Vacuna contra el neumococo • Consulta anual de "bienestar"	

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 por 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 por 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 • Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de $35 por 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 • Radiografías para pacientes externos	Copago de $20 por 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 resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	Coseguro del 20% por 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 por 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 la autorización de un médico o especialista para los audífonos.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención dental	Servicios dentales preventivos y de diagnóstico	$0 por cobertura de servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios, limitada a determinados códigos de servicio de las categorías dentro y fuera de la red combinadas que figuran a continuación.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención dental *(continuación)*	Servicios dentales integrales	Cobertura de servicios dentales integrales suplementarios, limitada a determinados códigos de servicio de las categorías dentro y fuera de la red combinadas que figuran a continuación.	Servicios dentales integrales suplementarios. 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 dentales preventivos e integrales suplementarios

Dentro y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios		
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

Radiografías		
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 suplementarios		
Servicios de restauración		
Empaste de amalgama: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Servicios de restauración		
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: dos superficies, frontales	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, frontales	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontales	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: dos superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Servicios de restauración		
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, traseras	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Incrustación: metálica, una superficie	$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: metálica, dos superficies	$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: metálica, tres o más superficies	$150	Una vez cada 60 meses
Restauración: metálica, dos superficies	$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: porcelana/ cerámica, dos superficies	$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: porcelana/ cerámica, tres o más superficies	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: compuesto a base de resina	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: 3/4 compuesto a base de resina	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal base predominante	$150	Una vez cada 60 meses

Servicios de restauración		
Corona: resina con metal noble	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a metal base predominante	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a metal noble	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a titanio/aleaciones de titanio	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: alto contenido de metal noble fundido por completo	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal base predominante fundido por completo	$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble fundido por completo	$150	Una vez cada 60 meses
Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Servicios de endodoncia		
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Recolocación de un fragmento de una pieza dental	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Corona de acero inoxidable, diente de leche	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona de acero inoxidable, diente de adulto	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retención con perno	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Perno y base, además de corona	$50	Una vez cada 60 meses
Cada perno adicional fabricado de manera indirecta	$50	Una vez cada 60 meses
Perno y base prefabricados, además de corona	$50	Una vez cada 60 meses
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

Servicios de endodoncia		
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

Servicios de endodoncia		
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

Servicios maxilofaciales: extraíbles		
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

Servicios maxilofaciales: extraíbles		
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 dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza superior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios maxilofaciales: extraíbles		
Reparación de base de dentadura postiza superior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza inferior parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior parcial, en consultorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza superior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza inferior completa, en laboratorio	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios maxilofaciales: extraíbles		
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: alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal base predominante fundido	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal noble fundido	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente

Servicios de prostodoncia		
Póntico: porcelana fundida a metal base predominante	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a titanio	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal base predominante	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal fundido para unión con resina	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: alto contenido de metal noble fundido, dos superficies	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: corona de resina	$150	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor, corona: resina con alto contenido de metal noble	$150	Una vez cada 60 meses, por diente

Servicios de prostodoncia		
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 alto contenido de metal 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: porcelana 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: alto contenido de metal 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

Servicios de prostodoncia		
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 maxilofacial		
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	$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado completamente en hueso	$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción de diente impactado 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

Cirugía bucal y maxilofacial		
Cierre de fístula oroantral	$100	Una vez de por vida, por diente
Acceso quirúrgico de diente no brotado	$100	Una vez de por vida, por diente
Movilización de diente brotado o mal ubicado para lograr 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

Cirugía bucal y maxilofacial		
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

Cirugía bucal y maxilofacial		
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 suplementarios		
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

Servicios generales suplementarios		
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 de la vista	Copago de $25 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	
		Copago de $0 para examen de la vista de rutina.	Puede recibir un examen de la vista (de rutina) por año.
	Elementos para corregir la vista	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 $200 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**
Necesita atención de salud mental	Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de $350 por día. • Día 6 en adelante: copago de $0 por día.	Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita atención de salud mental *(continuación)*	Atención de salud mental para pacientes externos	**Dentro de la red** Sesiones individuales de salud mental: copago de $20 por cada sesión. Sesiones grupales de salud mental: copago de $5 por cada sesión. Copago de $10 para servicios de telesalud. **Fuera de la red** Sesiones individuales de salud mental: copago de $20 por cada sesión. Sesiones grupales de salud mental: copago de $5 por cada sesión.	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 salud mental *(continuación)*	Atención de salud mental para pacientes externos *(continuación)*	**Dentro de la red** Sesiones individuales de servicios de psiquiatría: copago de $25 por cada sesión. Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de $5 por cada sesión. Copago de $10 para servicios de telesalud. **Fuera de la red** Sesiones individuales de servicios de psiquiatría: copago de $25 por cada sesión.	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 salud mental *(continuación)*	Atención de salud mental para pacientes externos *(continuación)*	Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de $5 por cada sesión.	
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabilitación	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.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita terapia como paciente externo	Fisioterapia	**Dentro de la red** Copago de $25 por cada consulta. **Fuera de la red** Copago de $25 por 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 requiere 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.	Puede tomar un taxi, un autobús, el metro, una camioneta o servicios de viaje compartido.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita medicamentos 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. Hasta $35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	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	$41.00 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 $590. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de $590; 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				
Nivel: nombre del nivel	**Deducible de la Parte D**	Etapa de cobertura inicial		
		Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 30 días)*Ω	Costo compartido en farmacia minorista (hasta 90 días de suministro)^†Ω	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (hasta 90 días de suministro)†Ω
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	$0	Copago de $4	Copago de $12	Copago de $8
Nivel 2: medicamentos genéricos		Copago de $10	Copago de $30	Copago de $20
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos		Copago de $47	Copago de $141	Copago de $94
Nivel 4: medicamentos no preferidos	$590	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.

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

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

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los gastos no cubiertos lleguen a un total de $2,000, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Cobertura en situaciones catastróficas	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita equipos y suministros médicos	Suministros para la diabetes	Copago de $0 para 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.

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

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	**Beneficio cubierto**	**Su costo compartido**	**Lo que debe saber**
Necesita equipos y suministros médicos *(continuación)*	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.
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	**Dentro de la red** Copago de $25 por cada consulta. **Fuera de la red** Copago de $25 por cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de $10 para servicios de rehabilitación cardíaca.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de $15 para servicios de rehabilitación pulmonar.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura expandidos	Copago de $0 por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios: • Acupuntura • Terapia con ventosas/moxibustión • Acupresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia con rayos infrarrojos
Juegos mentales 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, acertijos y otros ejercicios divertidos.

Más beneficios con su plan	
Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Usted recibirá una tarjeta de débito con $500 para usar en 2025 en gastos no cubiertos de servicios dentales, oftalmológicos, auditivos o de acondicionamiento físico. Cualquier cifra en dólares de los beneficios que no se use vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.
Productos de venta libre (OTC)	Puede comprar hasta $140 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 suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos y comidas preparadas como parte de la asignación trimestral de OTC.

Más beneficios con su plan	
Servicios de podiatría de rutina	**Dentro de la red** Copago de $25 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año. **Fuera de la red** Copago de $25 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año.
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 un dispositivo portátil de seguimiento de estado físico o kits de fuerza. Además, puede acceder a sesiones individuales de entrenamiento de bienestar por teléfono, video o chat con un entrenador capacitado. El número gratuito de Silver&Fit® es 1-877-427-4788 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

Más beneficios con su plan	
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.
Asistencia de viaje	Obtenga ayuda 24/7 cuando viaje a más de 100 millas de casa o a otro país. Este programa lo conecta con médicos, hospitales, farmacias y otros servicios de todo el mundo para que nunca le falte acceso a la atención médica.

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. No se requiere coseguro ni copago para la asistencia internacional de servicios de emergencia que presta nuestro proveedor de asistencia internacional de servicios de emergencia.

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

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - intérpretes de lenguaje de señas calificados
    - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - intérpretes calificados
    - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles. Si considera que Elderplan/HomeFirst no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante el coordinador de derechos civiles a la siguiente dirección:

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street
New York, NY, 10041

Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

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

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

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

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

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu 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 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه خدمة فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-353-3765 (TTY:711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

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

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

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

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

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。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 রয়েছে৷ একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন৷ বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন৷ পরিষেবাটি বিনামূল্যে৷

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.

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

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

Lista de verificación para la preinscripción

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

Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **www.elderplan.org** 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.

Comprenda las normas importantes

- ☐ 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 pueden cambiar el **1 de enero de 2026**.
- ☐ Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- ☐ Se ha revisado su cobertura médica y de prescripción frente a su cobertura de seguro actual. Se convertirá en miembro de Elderplan cuando se verifique su inscripción y deje de tener cobertura con su plan actual.

elderplan homefirst®

una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

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.