

2025



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de Beneficios

Elderplan Flex (HMO-POS)

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de información importante

Servicios para los Miembros

1-800-353-3765, TTY 711

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana



Resumen de beneficios

para **Elderplan Flex (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 del Sistema de Salud de MJHS con orgullo. Elderplan y MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores centrales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una rica historia de cuidar a las personas en riesgo de New York de todos los antecedentes. Por eso comprendemos que las brechas en el acceso a la atención médica de calidad por cuestiones de raza, origen étnico, género y estabilidad económica siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, estamos ***abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia*** a través de nuestro compromiso 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 de Rehabilitación y Enfermería. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas en todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.



Elderplan Flex (HMO-POS)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado específicamente para los beneficiarios de Medicare que ofrece la flexibilidad para elegir los beneficios y médicos que desea. Además de ofrecer cobertura médica, hospitalaria y para medicamentos con receta, este plan también le permite elegir entre el beneficio de productos de venta libre (OTC)* por trimestre que puede usar para los productos OTC tradicionales, alimentos, comidas a domicilio o el beneficio de transporte de ida y vuelta a las citas médicas. Cada miembro también recibe una tarjeta Flex para utilizarla en los copagos de determinados servicios y en los gastos dentales, de vista, audición y acondicionamiento físico que paga de su bolsillo.














Incluso puede consultar a cualquier dentista o especialista sin costo extra y tener un equipo de administración de la atención, que estará allí para apoyarlo y guiarlo, y lo ayudará a coordinar sus beneficios, responder sus preguntas y mucho más.

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

Descripción breve de los beneficios

	Libertad de elegir a cualquier especialista o dentista dentro y fuera de la red	\$0
	Consultas con médicos (atención primaria)	
	Deducible de la Parte B	
	Acupuntura expandida	
	Juegos para el cerebro con BrainHQ®	
	Servicios dentales preventivos e integrales suplementarios	
	Examen auditivo de rutina	
	Examen de rutina de la vista	
	Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®	
	Acceso a la atención de Teladoc® las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
	Tarjeta Flex‡	\$500 por año
	Atención de especialistas	\$35
	Podiatría de rutina	

Puede elegir uno de nuestros beneficios adicionales seleccionados:



- Beneficio de productos de venta libre (OTC)



- Beneficio de transporte



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

\$140 cada trimestre



48 viajes de ida o vuelta



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

*La elegibilidad se determina en función de si tiene una afección crónica asociada a los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) (beneficios de OTC extendidos). Entre los ejemplos de afecciones asociadas a los SSBCI se incluyen trastornos cardiovasculares, diabetes, artritis, trastornos pulmonares crónicos y cáncer. Hay otras afecciones elegibles que no están en la lista. Los estándares pueden variar para este beneficio.

‡ El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una tarjeta con una asignación de \$500 para usar en 2025 para los copagos por ciertos servicios y gastos dentales, de vista, audición o de acondicionamiento físico que paga de su bolsillo.

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 Flex (HMO-POS). Encontrará una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Flex

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

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

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

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Elderplan Flex (HMO-POS), 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, Nassau, New York, Queens y Westchester.

Información útil sobre Medicare

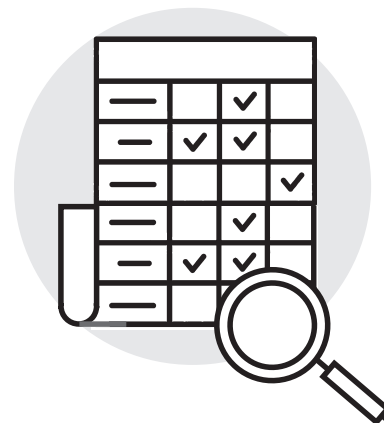
Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de 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-POS).

- 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.

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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



Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf> o solicitar una copia impresa llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** 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, pídale a los otros planes que le brinden el folleto del Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



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, 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 Flex (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 se

figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias. Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios para ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web www.elderplan.org, 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 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:

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

- 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-POS)		
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	
Gasto máximo combinado que paga de su bolsillo	\$7,550 Dentro y fuera de la red combinados	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de costos que paga de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Tenga en cuenta que debe seguir pagando el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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: <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 5: copago de \$390 por día. • Día 6 en adelante: copago de \$0 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 los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Especialistas	<p>Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red.</p> <p>Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p> <p>Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.</p>	Para obtener más detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	<p>Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red.</p> <p>Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.</p>	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 <i>(continuación)</i>	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
<p>Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i></p>	<p>Atención preventiva <i>(continuación)</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Pruebas 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaquismo • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacuna contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección de hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer del pulmón • Mamografías (prueba 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 <i>(continuación)</i>	Atención preventiva <i>(continuación)</i>		<ul style="list-style-type: none"> • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la COVID-19 - Vacunas contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Vacunas contra el neumococo • Consulta anual de “bienestar”

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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

Beneficios que cubre Medicare

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

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

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i></p>	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT) 	<p>Coseguro del 20% para cada servicio.</p>	<p>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).</p>

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Copago de \$35 para cada uno de los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare por año.	
	Audífonos	Beneficio máximo de hasta \$1,500 por año para ambos oídos combinados (\$750 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 que cubre Medicare

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita atención dental</p>	<p>Servicios dentales preventivos</p>	<p>Paga \$0 por cobertura de servicios dentales preventivos suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación, dentro y fuera de la red combinados.</p>	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales	<p>Usted paga un copago de \$0 para los servicios dentales integrales suplementarios de hasta \$2,500 por año combinados dentro y fuera de la red. Usted paga todos los costos más allá del monto máximo del beneficio.</p> <p>La cobertura de servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación dentro y fuera de la red.</p>	<p>Servicios dentales integrales suplementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.</p>

Beneficios que cubre Medicare

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales <i>(continuación)</i>	Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Servicios dentales preventivos suplementarios e integrales

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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 plata: 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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Servicios de restauración

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

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Servicios de restauración

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	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Cada perno adicional fabricado a medida	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	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

Servicios de endodoncia		
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 endodoncia 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
Empaste retrógrado: por raíz	Sin cargo	Una vez de por vida
Exposición quirúrgica de superficie radicular: anterior	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Servicios de endodoncia

Exposición quirúrgica de superficie radicular: premolar	Sin cargo	Una vez de por vida
Exposición quirúrgica de superficie radicular: molar	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios de periodoncia

Tratamientos de las encías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Tratamiento de las encías y los huesos	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Cirugía ósea, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Cirugía ósea (incluida la entrada y el cierre del colgajo), uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Limpieza profunda	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
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

Prostodoncia: extraíble

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: superior	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: inferior	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

Prostodoncia: extraíble

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Prostodoncia: extraíble

Reparación del material plástico de la dentadura postiza parcial superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida de la dentadura postiza parcial inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura fundida de la dentadura postiza parcial superior	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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Prostodoncia: extraíble

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
Reparación de prótesis híbrida	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

Prostodoncia: extraíble

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

Prostodoncia: dentaduras fijas

Póntico: metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal base predominante fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida a metal altamente noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Prostodoncia: dentaduras fijas

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

Prostodoncia: dentaduras fijas

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Prostodoncia: dentaduras fijas

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
--	-----------	---------------------

Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida
---	-----------	---------------------

Extracción de diente impactado en tejido blando	Sin cargo	Una vez de por vida
---	-----------	---------------------

Extracción de diente impactado parcialmente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida
--	-----------	---------------------

Extracción de diente impactado completamente en hueso	Sin cargo	Una vez de por vida
---	-----------	---------------------

Extracción de diente impactado completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	Sin cargo	Una vez de por vida
--	-----------	---------------------

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
-------------------------------------	-----------	---------------------------------

Cirugía bucal y maxilofacial		
Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia con extracción: por cuadra	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

Cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de exostosis lateral: superior o inferior	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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

Cirugía bucal y maxilofacial

Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de encía pericoronar	Sin cargo	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
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Con cobertura

Servicios generales suplementarios

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

Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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.	Puede recibir un examen de la vista (de rutina) por año.
		Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina.	
	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.	Incluye lentes de contacto y anteojos.
		Copago de \$0 para anteojos y lentes (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$500 por año como máximo.	

Beneficios que cubre Medicare

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Atención de salud mental para pacientes internados	Usted paga por admisión: <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 5: copago de \$350 por día. • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día. 	Se requiere autorización.
Necesita atención de la salud mental	Atención de salud mental para pacientes externos	Sesiones individuales de salud mental dentro de la red: copago de \$20 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud. Sesiones grupales de salud mental: copago de \$5 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita atención de la salud mental <i>(continuación)</i></p>	<p>Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i></p>	<p>Sesiones individuales de salud mental fuera de la red copago de \$20 para cada consulta. Sesiones grupales de salud mental: copago de \$5 para cada consulta.</p> <p>Servicios de psiquiatría dentro de la red copago de \$25 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p> <p>Servicios de psiquiatría, sesión grupal: Copago de \$5 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.</p>	<p>Para obtener más detalles sobre los servicios de telesalud dentro de la red, llame a su proveedor actual.</p>

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos <i>(continuación)</i>	Servicios de psiquiatría fuera de la red copago de \$25 para cada consulta. Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de \$5 para cada consulta.	
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	<p>Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red.</p> <p>Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.</p>	Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare

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

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	\$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 deducible de \$375; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.



Resumen de beneficios – Elderplan Flex (HMO-POS) 2025

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	\$0 Copago	\$0 Copago	\$0 Copago
Nivel 2: medicamentos genéricos		\$10 Copago	\$30 Copago	\$20 Copago
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos		\$47 Copago	\$141 Copago	\$94 Copago
Nivel 4: medicamentos no preferidos	\$375	\$100 Copago	\$300 Copago	\$200 Copago
Nivel 5: medicamentos especializados		28% Coseguro	28% Coseguro	28% Coseguro

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-No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del costo compartido de los medicamentos de la Parte B y la Parte D, incluso si no ha pagado su 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 “costos que paga de su bolsillo” (sus pagos) 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 sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Otros beneficios cubiertos

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita equipos y suministros médicos</p>	<p>Suministros para la diabetes</p>	<p>Copago de \$0 para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p>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.</p>
	<p>Equipo médico duradero (como sillas de ruedas u oxígeno)</p>	<p>Copago de \$0 para los monitores continuos de glucosa FreeStyle Libre y los suministros. Estos están disponibles en las farmacias participantes. Coseguro del 20% para equipo médico duradero (DME) cubierto por Medicare.</p>	<p>Los monitores continuos de glucosa están limitados a determinados fabricantes: Freestyle Libre. Se requiere autorización. Se requiere autorización para determinados artículos.</p>

Otros beneficios cubiertos

Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
<p>Necesita equipos y suministros médicos <i>(continuación)</i></p>	<p>Suministros médicos</p>	<p>Coseguro del 20% para suministros médicos.</p>	<p>Se requiere autorización.</p>

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
	Dispositivos protésicos (prótesis para extremidades o dispositivos ortopédicos)	Coseguro del 20% para dispositivos protésicos.	Se requiere autorización.
Necesita servicios de rehabilitación	Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Copago de \$35 por consulta dentro de la red. Copago de \$35 por consulta fuera de la red.	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 realizar hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios:

- Acupuntura
- Ventosas/Moxa
- Acupresión
- Tui Na
- Gua Sha
- Reflexología
- Terapia con rayos infrarrojos

**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.

Más beneficios con su plan

Tarjeta flex	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Usted recibirá una asignación de \$500 para usar en 2025 en gastos de su bolsillo para atención de emergencia, exámenes de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes externos, servicios de rehabilitación para pacientes externos, servicios de salud mental para pacientes externos, servicios de podiatría, atención de urgencia, atención odontológica, audición y/o servicios de acondicionamiento físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.
OTC	Puede comprar hasta \$140 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.

Más beneficios con su plan

**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. Para usar este beneficio, usted debe elegir a OTC como su beneficio adicional seleccionado de Elderplan Flex.

**Servicios de podiatría de
rutina**

Copago de
\$35 por consulta dentro de la red.
Puede recibir hasta 12 consultas
por año.

Copago de
\$35 por consulta fuera de la red.
Puede recibir hasta 12 consultas
por año.

Más beneficios con su plan

Programa de acondicionamiento físico Silver&Fit®

El Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a una membresía en centros de acondicionamiento físico participantes en 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. También hay disponibles clases de entrenamiento a pedido y sesiones individuales de acompañamiento para el bienestar por teléfono, video o chat con un entrenador capacitado. Puede llamar al 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 cuando viaja más de 100 millas desde casa o a otro país, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este programa le conecta con médicos, hospitales, farmacias y otros servicios de todo el mundo, para que nunca le falte acceso a la asistencia sanitaria.

Más beneficios con su plan

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

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

No se requiere coseguro ni copago para los servicios de Asistencia de Viaje de Emergencia internacional acordados por nuestro proveedor internacional de asistencia de viaje 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>.

Servicios de interpretación multilingüe

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-891-6447 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino simplificado: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino tradicional: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-891-6447 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalo: 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 1-877-891-6447 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-891-6447 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-891-6447 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-891-6447 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم بمساعدتك. هذه سيقوم شخص ما يتحدث العربية. (TTY: 711) 1-877-891-6447 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-891-6447 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-891-6447 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-891-6447 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-891-6447 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-891-6447 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-891-6447 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Albanés: Ne ofrojmë shërbime interpretimi pa pagesë për t'ju përgjigjur çdo lloj pyetjeje që mund të keni rreth planit tonë të shëndetit ose të mjekimit. Për t'u lidhur me një interpret, telefononi në 1-877-891-6447 (TTY: 711). Një shqip folës mund t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধপত্র বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কিত আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদের কেবল 1-877-891-6447 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। পরিষেবাটি বিনামূল্যে।

Griego: Διαθέτουμε υπηρεσία δωρεάν διερμηνείας προκειμένου να απαντούμε σε οποιοσδήποτε απορίες σας σχετικά με το πρόγραμμα υγείας ή φαρμάκων που προσφέρουμε. Προκειμένου να χρησιμοποιήσετε την υπηρεσία διερμηνείας, επικοινωνήστε μαζί μας καλώντας το 1-877-891-6447 (TTY: 711). Θα λάβετε βοήθεια από ένα άτομο που μιλά ελληνικά. Αυτή είναι μια υπηρεσία που παρέχεται δωρεάν.

Yidis: מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער סערוויסעס צו ענטפערן סיי וועלכע פראגעס וואס איר קענט מעגליך האבן וועגן מיר האבן אומזיסטע דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 1-877-891-6447 (TTY:711) אונזער העלט אדער דראג פלאן. דאס איז אן אומזיסטע סערוויס 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 پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی 1-877-891-6447 (TTY:711) خدمات موجود ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں بس 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 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 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.
- Su cobertura médica y con receta se revisaron en contra de su cobertura de seguro actual. Se convierte en miembro de Elderplan en la verificación de la inscripción y ya no tiene cobertura con su plan actual.

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.,
los 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid.