2025

elderplan®

Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.℠

Resumen de Beneficios

Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP)

del 01 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

H3347_EPS17725_M

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por Elderplan Plus Long Term Care (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargo de responsabilidad.....2

B. Preguntas frecuentes 7

C. Descripción general de los servicios..... 18

D. Servicios adicionales cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care..... 98

E. Beneficios cubiertos fuera de Elderplan Plus Long-Term Care 101

F. Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid 103

G. Sus derechos y obligaciones como miembro del plan 107

H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 116

I. Qué debe hacer si sospecha de fraude 116

A. Descargo de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care (HMO POS D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Esto es solo un resumen. Lea la *Evidencia de cobertura* para obtener una lista completa de beneficios. Si no tiene una *Evidencia de cobertura*, llame a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) en el número que figura en la parte inferior de esta página. También puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* y muchos otros recursos para los miembros en nuestro sitio web en www.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. 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 Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP). Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.elderplan.org

- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Elderplan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP).

- Puede obtener este documento en forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447 para obtener información adicional. (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. La llamada es gratuita.

- Este documento está disponible sin cargo en español y chino. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-877-891-6447. (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.

- Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el manual Medicare y usted *(Medicare & You)*. Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede acceder a este folleto en línea en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o solicitar una copia 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.

❖ Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan. Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y para todos los beneficios de Medicaid. Además, usted:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Debe cumplir con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.
- Debe ser mayor de 18 años.
- Mediante la herramienta de elegibilidad actual del estado de New York, se determina si usted es elegible para obtener servicios de atención a largo plazo de Elderplan o una entidad designada por el Departamento de Salud del Estado de New York.

- Debe ser capaz, en cualquier momento de la inscripción, de regresar o permanecer en su hogar y comunidad sin poner en riesgo su salud y seguridad, sobre la base de los criterios proporcionados por el Departamento de Salud del estado de New York.
- Debe ser elegible para recibir el nivel de atención en un hogar de convalecencia (a partir del momento de la inscripción).
- Debe requerir administración de la atención y prever que necesitará, al menos, uno de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad durante más de 120 días consecutivos desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:

  a) servicios de enfermería en el hogar

  b) terapias en el hogar

  c) servicios de un auxiliar de atención de la salud en el hogar

  d) servicios de atención personal en el hogar

  e) atención médica diurna para adultos

  f) atención de enfermería privada

  g) Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

- Tenga en cuenta que: si pierde su elegibilidad para Medicaid, pero puede esperarse razonablemente que la recuperará dentro de tres (3) meses, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la sección 2.1 del capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura* se describe la cobertura durante un período de elegibilidad continua estimada).

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla enumera las preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan Medicaid Advantage Plus (MAP/HMO) + Plan de necesidades especiales para miembros con doble elegibilidad (D-SNP)?	Nuestro plan MAP es una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) afiliada a un plan de necesidades especiales (Medicaid y Medicare) con doble elegibilidad (D-SNP). Nuestro plan combina sus servicios de atención a largo plazo y atención a largo plazo de Medicaid y sus servicios de Medicare. Combina sus médicos, hospital, farmacias, atención en el hogar, atención en un hogar de personas mayores, atención de salud conductual (servicios de salud mental y abuso de sustancias/drogadicción) y otros proveedores de atención médica en un sistema de atención médica coordinado. También posee administradores de atención para ayudarlo a administrar todos sus proveedores y servicios. Todos ellos trabajan juntos para proporcionarle la atención que necesita. Nuestro plan MAP se denomina Elderplan Plus Long-Term Care.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO POS D-SNP) que tengo ahora?	Si viene a Elderplan Plus Long-Term Care de Original Medicare u otro plan de Medicare, puede obtener beneficios o servicios diferentes. Usted obtendrá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y Medicaid directamente de Elderplan Plus Long-Term Care. Cuando se inscribe en Elderplan Plus Long-Term Care, usted y su equipo de atención colaborarán para desarrollar un plan de atención individualizado para atender sus necesidades de salud y apoyo, reflejando sus preferencias y objetivos personales. Si está tomando algún medicamento con receta de la Parte D de Medicare que Elderplan Plus Long-Term Care normalmente no cubre, puede obtener un suministro temporal y lo ayudaremos a pasar a otro medicamento o a una excepción para Elderplan Plus Long-Term Care (HMO POS D-SNP) para cubrir su medicamento si es médicamente necesario.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Obtendré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en Elderplan Plus Long-Term Care (HMO POS D-SNP) que tengo ahora? (continuación)	Si toma algún medicamento con receta de la Parte D de Medicare que Elderplan Plus Long-Term Care no cubre normalmente, puede obtener un suministro temporal y lo ayudaremos a realizar la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que Elderplan Plus Long-Term Care cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de atención médica que uso ahora?	Ese suele ser el caso. Si sus proveedores (incluidos los médicos, los terapeutas, las farmacias y otros proveedores de atención médica) trabajan con Elderplan Plus Long-Term Care y tienen un contrato con nosotros, puede seguir consultándolos. • Los proveedores que tienen un acuerdo con nosotros están “dentro de la red”. Debe utilizar los proveedores dentro de la red de Elderplan Plus Long-Term Care. • Si necesita atención de urgencia o de emergencia o servicios de crisis de salud conductual. • Servicios de diálisis fuera del área, puede utilizar proveedores fuera de la red de Elderplan Plus Long-Term Care. • Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Mientras paguemos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarlo. Salvo en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de atención médica que uso ahora? (continuación)	Para averiguar si sus proveedores están en la red del plan, llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o lea el Directorio de proveedores y farmacias de Elderplan Plus Long-Term Care. También puede visitar nuestro sitio web en www.elderplan.org para obtener la lista más actualizada.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de atención médica que uso ahora? (continuación)	Si Elderplan Plus Long-Term Care es nuevo en su caso, trabajaremos con usted para desarrollar un Plan de Atención Individualizado (ICP) para atender sus necesidades. Puede seguir usando los proveedores que utiliza ahora durante 90 días o hasta que se complete su ICP. Además, los miembros que se inscriben en o después del 1 de enero de 2025, pueden continuar usando sus mismos proveedores de salud conductual durante hasta 24 meses como parte de un episodio continuo de atención. “Episodio de atención continuo de salud conductual” significa un curso de tratamiento de salud conductual ambulatorio que no implique servicios ambulatorios y retiros ambulatorios, que hayan comenzado antes de la fecha de entrada en vigencia de la inclusión de los beneficios de salud conductual en el MAP en el área de servicio geográfica en el que se le proporcionaron servicios al menos dos veces durante los seis meses anteriores al 1 de enero de 2025 por el mismo proveedor para el tratamiento de la misma afección de salud conductual relacionada o una afección relacionada.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un administrador de atención?	Un administrador de atención es su principal persona de contacto en nuestro plan. Esta persona lo ayuda a controlar todos sus proveedores y servicios y a asegurarse de que obtiene lo que necesita. Los miembros pueden tener un administrador de atención que trabaja para el Plan, así como un administrador de atención médica especializada en el hogar/atención médica a domicilio (consulte la Sección E. Beneficios cubiertos fuera de Elderplan Plus Long-Term Care.
¿Qué son los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS)?	Los servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS) representan una ayuda para las personas que necesitan asistencia para realizar tareas diarias, como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. A menudo, estos servicios se brindan en su hogar o en su comunidad, pero también pueden brindarse en un hogar de personas mayores o en un hospital cuando sea necesario. Los MLTSS están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos y financieros.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie de la red de Elderplan Plus Long-Term Care puede proporcio-narlo?	Los proveedores de nuestra red proporcionarán la mayoría de los servicios. Si necesita un servicio que no se puede brindar dentro de nuestra red, como debido a la escasez de personal con experiencia necesaria o disponibilidad para brindar servicios, Elderplan Plus Long-Term Care cubrirá los servicios proporcionados por un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible Elderplan Plus Long-Term Care?	El área de servicio para este plan abarca: Condados de Bronx, Dutchess, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Sullivan, Ulster y Westchester.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa?	La autorización previa significa que debe obtener la aprobación de Elderplan Plus Long-Term Care antes de que Elderplan Plus Long-Term Care cubra un servicio, artículo o medicamento fuera de la red. Es posible que Elderplan Plus Long-Term Care no cubra el servicio, artículo o medicamento si no obtiene una aprobación previa. Si necesita atención de urgencia o emergencia, servicios de crisis de salud conductual o servicios de diálisis fuera del área, no es necesario que obtenga primero la aprobación. Elderplan Plus Long-Term Care puede proporcionarle una lista de servicios o procedimientos que requieren que obtenga autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care antes de que se brinde el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el **Capítulo 4** de la *Evidencia de cobertura* para saber qué servicios requieren autorización previa.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es la autorización previa? (continuación)	Si tiene preguntas sobre si se requiere autorización previa para determinados servicios, procedimientos, artículos o medicamentos, llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página para obtener ayuda.
¿Pago un monto mensual (también denominado prima) según Elderplan Plus Long-Term Care?	No. Debido a que usted tiene Asistencia médica (Medicaid), no pagará ninguna prima mensual para su cobertura médica. No obstante, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid Assistance (Medicaid) o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B. Si paga una prima de la Parte B de Medicare, se descuenta el pago de $3.00 a través de su pago del Seguro Social. Si paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, el Reembolso de la Parte B se acreditará mensualmente a su cheque del Seguro Social. Si no paga la prima de la Parte B a través del Seguro Social, pagará un monto mensual reducido directamente a Medicare.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Pago un deducible como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care?	No. Usted no paga deducibles en Elderplan Plus Long-Term Care.
¿Cuál es el monto máximo de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care?	No se requiere costo compartido (copagos ni deducibles) para servicios médicos en Elderplan Plus Long-Term Care, por lo que los costos que paga de su bolsillo anuales serán de $0.

C. Descripción general de los servicios

La siguiente tabla es una descripción rápida de los servicios que puede necesitar y las normas sobre los beneficios.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención en un hospital	Atención para pacientes internados en un hospital	Copago de $0	Excepto en una emergencia, su proveedor de atención médica debe informarle al plan de su admisión hospitalaria. Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos (incluido el tratamiento para pacientes externos por un médico o un cirujano)	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención en un hospital (conti-nuación)	Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Copago de $0	
Desea usar un proveedor de aten-ción mé-dica para pacientes externos (este servicio sigue en la siguiente página)	Consultas con médicos: proveedores de atención primaria	Copago de $0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Consultas con médicos: especialista	**Dentro de la red** y **fuera de la red** Copago de $0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud dentro de la red. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Desea usar un proveedor de atención médica para pacientes externos (conti-nuación)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	Copago de $0	
	Atención preventiva (atención para evitar que se enferme, como vacunas antigripales y otra inmunización)	Copago de $0	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios preventivos cubiertos por Medicare.
	Consultas de bienestar, como exámenes físicos	Copago de $0	
	Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo una vez)	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención de emer-gencia	Servicios de sala de emergencias, incluidas emergencias de salud mental en programas de emergencia psiquiátrica integrales (CPEP)	Copago de $0 para cada consulta.	Puede usar cualquier sala de emergencias o CPEP si cree razonablemente que necesita atención de emergencia. No necesita autorización previa y no tiene que estar dentro de la red.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención de emer-gencia (conti-nuación)	Atención de urgencia	Copago de $0 para cada consulta.	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual. La atención de urgencia no es atención de emergencia. No necesita autorización previa y no tiene que estar dentro de la red.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	Copago de $0	
Necesita exámenes médicos	Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas	Copago de $0	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).

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita exámenes médicos (conti-nuación)	Pruebas de detección, como pruebas de detección de cáncer	Copago de $0	
Necesita servicios auditivos	Pruebas de detección auditiva (incluidos exámenes auditivos de rutina)	Copago de $0	
	Audífonos (así como accesorios y suministros asociados)	Copago de $0	La cobertura de audífonos (todos los tipos) es de hasta $3,000 para ambos oídos combinados por año, según el límite del beneficio. Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención dental	Servicios dentales (incluidos, entre otros, exámenes de rutina y limpiezas, radiografías, empastes, coronas, extracción, dentaduras, y endodoncia y atención periodontal)	Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con provee-dores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención dental (conti-nuación)	Servicios dentales (incluidos, entre otros, exámenes de rutina y limpiezas, radiografías, empastes, coronas, extracción, dentaduras, y endodoncia y atención periodontal)	**Dentro de la red y fuera de la red com-binada** Los ser-vicios dentales integrales suplemen-tarios es-tán limita-dos a los códigos de servicio seleccio-nados de las cate-gorías que figuran a continua-ción.	Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos, póngase en contacto con Servicios para los Miembros.

Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios

Dentro de la red y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios		
Exámenes bucales		
Evaluación bucal periódica	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal limitado	Sin cargo	Una vez por mes
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
Reevaluación, limitada, centrada en problema	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen periodontal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografías dentales		
Serie completa de radiografías	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía periapical	Sin cargo	Cubierto
Radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Radiografías dentales		
Radiografía oclusal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de proyección 2D	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Imagen radiografía dental posterior extra bucal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: una placa	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: dos placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: tres placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Radiografías verticales de aleta de mordida, de siete a ocho imágenes	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Saliografía	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Artrograma de articulación temporomandibular, incluida la inyección	Sin cargo	Cubierto
Radiografía panorámica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Radiografías dentales		
Imágenes fotográficas 2D	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula completa	Sin cargo	Cubierto
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: mandibular	Sin cargo	Cubierto
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: maxilar, con o sin el cráneo	Sin cargo	Cubierto
Captura de TC de haz cónico	Sin cargo	Cubierto
Captura e interpretación de CT de haz cónico para series TMJ, incluidas dos o más exposiciones	Sin cargo	Cubierto
Tomosíntesis intraoral: serie integral	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Tomosíntesis intraoral: imagen de mordida	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Tomosíntesis intraoral: imagen periapical	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Radiografías dentales		
Tomosíntesis intraoral: captura de imagen de serie integral	Sin cargo	Cubierto
Tomosíntesis intraoral: captura de imagen de mordida	Sin cargo	Cubierto
Tomosíntesis intraoral: captura de imagen periapical	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Moldes de diagnóstico	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Toma de tejido, examen bruto y microscópico, incluye evaluación de márgenes, preparación y transmisión de informes	Sin cargo	Cubierto
Consulta, incluida la preparación de diapositivas de los materiales de biopsia suministrados por la fuente de remisión	Sin cargo	Cubierto
Otros procedimientos de patología bucal, por informe	Sin cargo	Cubierto
Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Limpiezas		
Profilaxis (limpieza): adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Asesoramiento sobre tabaco para el control de la enfermedad bucal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Procedimiento preventivo no especificado, por informe	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Otros servicios de diagnóstico		
Procedimiento de diagnóstico no especificado	Sin cargo	Cubierto
Servicios dentales integrales suplementarios		
Servicios de restauración		
Empaste de amalgama: una superficie	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empaste de plata: dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empaste de plata: tres superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empaste de plata: cuatro o más superficies	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: una superficie, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: dos superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de restauración		
Empastes del color del diente: tres superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Corona del color del diente: frontal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: una superficie, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: dos superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: tres superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Empastes del color del diente: cuatro o más superficies, trasera	Sin cargo	Una vez cada 12 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

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de restauración		
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: resina con metal base predominantemente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
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 muy 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: 3/4 metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: 3/4 metal base fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de restauración		
Corona: 3/4 metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal muy noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal predominantemente innoble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble fundido por completo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Recementado o reconstitución: incrustación, restauración o laminado	Sin cargo	Cubierto
Recementado o reconstitución de corona	Sin cargo	Cubierto
Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona de resina prefabricada	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Retención de espiga, por diente, además de la restauración	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Perno y base, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de restauración		
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
Luego de la extracción	Sin cargo	Una vez de por vida
Reparación de corona por insuficiencia material de restauración	Sin cargo	Cubierto
Procedimiento de restauración no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto
Servicios de endodoncia		
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior principal (excluida restauración final)	Sin cargo	Cubierto
Endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida
Retratamiento de endodoncia, diente frontal	Sin cargo	Una vez de por vida
Retratamiento de conducto, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de endodoncia		
Retratamiento de endodoncia, diente trasero	Sin cargo	Una vez de por vida
Servicios de apicectomía/ perirradicular	Sin cargo	Una vez de por vida
Servicios de apicectomía/ perirradicular: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía/cirugía perirradicular: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía/cirugía perirradicular (cada raíz adicional)	Sin cargo	Una vez de por vida
Obturación retrógrada: por raíz	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimiento de endodoncia no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto
Servicios de periodoncia		
Gingivectomía o gingivoplastía: cuatro o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Gingivectomía, de uno a tres dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Procedimiento de colgajo gingival: cuatro o más dientes	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de periodoncia		
Colgajo posicionado apicalmente	Sin cargo	Cubierto
Adelgazamiento clínico de la corona, tejido duro	Sin cargo	Una vez de por vida
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 continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Rehabilitación de tejido orientada, dientes naturales: barrera reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una vez de por vida
Rehabilitación de tejido orientada, dientes naturales: barrera no reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimientos de injerto de tejido conectivo subapitelial	Sin cargo	Una vez de por vida
Aloinjerto de tejido blando	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimiento de injerto de tejido blando gratuito: primer diente	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de periodoncia		
Procedimiento de injerto de tejido blando gratuito: diente adicional	Sin cargo	Una vez de por vida
Injerto autógeno de tejido conectivo: diente adicional	Sin cargo	Una vez de por vida
Injerto no autógeno de tejido conectivo: diente adicional	Sin cargo	Una vez de por vida
Raspado periodontal y alisado radicular por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Raspado y alisado radicular, de 1 a 3 dientes	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Mantenimiento periodontal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Procedimiento periodontal no especificado, según informe	Sin cargo	Cubierto
Servicios de prostodoncia extraíbles		
Dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza parcial de maxilar: base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia extraíbles		
Dentadura postiza parcial: mandibular	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza parcial: maxilar, metal fundido	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza parcial: mandibular, metal	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza superior parcial: base flexible	Sin cargo	Cubierto
Dentadura postiza inferior parcial: base flexible	Sin cargo	Cubierto
Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia extraíbles		
Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza completa (cada diente)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación o reemplazo de cierre roto	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 maxilar completa	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia extraíbles		
Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Prótesis híbrida de base	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia extraíbles		
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Dentadura postiza parcial interina: superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Dentadura postiza parcial interina: inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Acondicionamiento del tejido: superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Acondicionamiento del tejido: inferior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Procedimiento de prostodoncia extraíble no especificado	Sin cargo	Cubierto
Dispositivos protésicos maxilofaciales		
Transporte de gel de flúor	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de implantes		
Colocación quirúrgica de implantes: implante endosteal	Sin cargo	Una vez de por vida
Colocación quirúrgica de implantes pequeños	Sin cargo	Una vez de por vida
Implantes dentales sujetos con barra de conexión	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Pilar prefabricado, incluye colocación	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Pilar prefabricado, incluye colocación	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con pilar	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de porcelana/metal muy noble con pilar	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de porcelana/metal base con pilar	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de porcelana/metal noble con pilar	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar, metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar, metal base	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar, metal noble	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con implante	Sin cargo	Una vez cada 8 años

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de implantes		
Corona de porcelana/metal muy noble con implante	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Corona de metal muy noble con implante	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Raspado y desbridamiento: implante único	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Extracción quirúrgica de implantes	Sin cargo	Cubierto
Desbridamiento de defecto pariimplantario	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Desbridamiento y contornación de defecto pariimplantantario	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Injerto óseo para reparación de defecto pariimplantario	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	Sin cargo	Una vez de por vida
Rehabilitación de tejido orientada: barrera reabsorbible, por implante	Sin cargo	Cubierto
Rehabilitación de tejido orientada: barrera no reabsorbible, por implante	Sin cargo	Cubierto
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble superior	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble inferior	Sin cargo	Una vez cada 8 años

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de implantes		
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble superior	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble inferior completa	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Índice de implantes radiológicos/quirúrgicos	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Pilar de semiprecisión: colocación	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Fijación de semiprecisión: colocación	Sin cargo	Una vez cada 8 años
Procedimiento de implante no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto
Servicios de prostodoncia fijos		
Póntico: metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal predominantemente base fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia fijos		
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico, porcelana/titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico, porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor: metal fundido para prótesis fija adherida con resina	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal predominantemente base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia fijos		
Corona: porcelana fundida sobre metal	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona-porcelana/ titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona 3/4: metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona 3/4: metal predominantemente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona 3/4: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona 3/4: porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona 3/4: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal muy noble completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal base completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Recementado de dentadura parcial fija	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de prostodoncia fijos		
Reparación de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción, restos de corona: diente primario	Sin cargo	Una vez de por vida
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 del diente	Sin cargo	Una vez de por vida
Cierre de fístula buco-antral	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Cierre primario de perforación de senos nasales	Sin cargo	Una vez de por vida
Reimplantación de diente o estabilización de diente accidentalmente perdido o desplazado	Sin cargo	Una vez de por vida
Acceso quirúrgico de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida
Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente afectado	Sin cargo	Una vez de por vida
Biopsia de incisión de tejido bucal duro (diente/hueso)	Sin cargo	Una vez de por vida
Biopsia de incisión del tejido bucal blando	Sin cargo	Una vez de por vida
Reposición quirúrgica de dientes	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia con extracción por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia con extracción - 1-3 dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia: por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia sin extracción - 1-3 dientes/cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Vestibuloplastia: extensión de rebordes (segunda epitelización)	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Vestibuloplastia (incluidos injertos)	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Extirpación de lesión benigna de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto
Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto
Extirpación de lesión benigna, complicada	Sin cargo	Cubierto
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción de exostosis lateral (maxilar y mandíbula)	Sin cargo	1 de por vida
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Cubierto
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	Sin cargo	1 de por vida
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Sin cargo	Cubierto
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Cubierto
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Sin cargo	Cubierto
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Cubierto
Extracción de cuerpo extraño	Sin cargo	Cubierto
Extracción de cuerpos extraños	Sin cargo	Cubierto
Ostectomía/sequestectomía parcial	Sin cargo	Cubierto
Maxilotomía de sinotomía para la extracción de fragmento de diente	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Sutura de heridas pequeñas recientes	Sin cargo	Cubierto
Aumento de senos nasales con hueso o sustitutos óseos	Sin cargo	Cubierto
Aumento de senos nasales a través de un enfoque vertical	Sin cargo	Cubierto
Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta	Sin cargo	Cubierto
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin cargo	Una vez de por vida
Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Una vez de por vida
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Sin cargo	Dos veces de por vida
Extirpación de encía pericoronal	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	Sin cargo	Dos veces de por vida
Extracción de dispositivos (no por odontólogo que colocó el dispositivo), incluye la extracción de arcobar	Sin cargo	Cubierto
Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios generales suplementarios		
Tratamiento paliativo (emergencia)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
División de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Cubierto
Anestesia profunda/sedación general: primeros 15 minutos	Sin cargo	Cubierto
Anestesia profunda/sedación general: cada 15 minutos	Sin cargo	Cubierto
Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	Sin cargo	Cubierto
Sedación intravenosa moderada (consciente): 15 minutos	Sin cargo	Cubierto
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Llame al centro de atención extendida/domiciliaria	Sin cargo	Cubierto
Llame al centro quirúrgico ambulatorio u hospitalario.	Sin cargo	Cubierto
Consulta para observación (durante horas programadas regularmente): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios generales suplementarios		
Consulta al consultorio: después de horas programadas con regularidad	Sin cargo	Cubierto
Medicamento parenteral terapéutico, administración única	Sin cargo	Cubierto
Medicamentos parenterales terapéuticos, dos o más administraciones, diferentes medicamentos	Sin cargo	Cubierto
Protección oclusal: dispositivo duro, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Protección oclusal: dispositivo blando, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Protección oclusal: dispositivo duro, arco parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Servicios de traducción o de lenguaje de señas certificados, por consulta	Sin cargo	Cubierto
Teleodontología sincronizada; encuentro en tiempo real	Sin cargo	Cubierto
Teleodontología no sincronizada; información almacenada y enviada a un dentista para revisión posterior	Sin cargo	Cubierto

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios generales suplementarios		
Administración de casos dentales: pacientes que tienen necesidades de atención médica especiales	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Procedimiento suplementario no especificado, por informe	Sin cargo	Cubierto

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención oftalmológica	Servicios oftalmológicos (incluidos exámenes de la vista anuales)	Copago de $0	
	Anteojos o lentes de contacto	Copago de $0	Cubriremos los siguientes servicios: ● Anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de la cirugía de cataratas ● Anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta $600 por año como máximo. Incluye lentes de contacto y anteojos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención oftalmológica (continuación)	Otra atención oftalmológica (incluido el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y afecciones oculares)	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (este servicio continúa en la siguiente página)	Servicio de salud mental para pacientes internados [servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico o general, la unidad psiquiátrica de un hospital de cuidados agudos, un centro de atención a corto plazo (STCF)	Copago de $0	Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	un centro de tratamiento de adicciones operado por el estado (ATC), rehabilitación de adicciones para pacientes internados, desintoxicación supervisada médicamente para pacientes o un hospital de acceso crítico]		

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Servicio de salud mental para pacientes externos adultos Tratamiento diurno continuo (CDT) Hospitalización parcial	Copago de $0	Se requiere autorización para la hospitalización parcial.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Atención médica de rehabilitación de salud mental para pacientes externos adultos Tratamiento asertivo comunitario (ACT) Servicios de rehabilitación y tratamiento de salud mental para pacientes externos (MHOTRS) Servicios personalizados orientados a la recuperación (PROS)	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes externos adultos para miembros que cumplen con los requisitos clínicos. Estos servicios también se conocen como servicios de recuperación y rehabilitación comunitarios (CORE).	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Los servicios CORE son: Rehabilitación psicosocial (PSR) Servicios y apoyo de psiquiatría de la comunidad (CPST) Servicios de empoderamiento: apoyos de pares Apoyo y capacitación familiar (FST)		

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Servicios de crisis de salud mental para adultos Programa integral de emergencias psiquiátricas (CPEP) Servicios de crisis y de telefonía móvil Programas residenciales para crisis	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	Atención de salud mental para pacientes externos (incluidos, entre otros, asesoramiento clínico y terapia, apoyo de pares, rehabilitación psicosocial, manejo de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos intensivos de atención para pacientes externos)	Copago de $0	Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia proveedora autorizada, designada o aprobada por la Oficina de Salud Mental (OMH), o por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, un enfermero, un asistente médico, un psiquiatra

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental (continuación)	(**Nota:** Esta no es una lista completa de los servicios de salud mental extendidos para pacientes externos del plan. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o lea la *Evidencia de cobertura* para obtener más información).		de la red de profesionales independientes (IPN), un psicólogo o enfermero de práctica avanzada (APN) u otro profesional de la salud mental calificado, según lo permitan las leyes estatales aplicables. Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una crisis de salud mental o de consumo de sustancias	Servicios móviles para crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil para crisis); estabilización residencial de crisis a corto plazo (para crisis de salud mental)	Copago de $0	Cualquier proveedor de servicios móviles o residenciales para casos de crisis aprobado del estado de New York.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental o un trastorno por el consumo de sustancias	Servicios CORE, que son apoyos de salud conductual orientados a la recuperación de la persona. Los servicios CORE crean habilidades y autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia.	Copago de $0	Estos servicios están disponibles para los miembros que cumplen con determinados requisitos clínicos. Cualquier persona puede ser remitida o autorremitirse a los servicios CORE.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene una afección de salud mental o un trastorno por el consumo de sustancias (continuación)	(Nota: para obtener más información sobre servicios CORE y determinar si es elegible para ellos, llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o lea la *Evidencia de cobertura*).		

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene un trastorno por abuso de sustancias	Servicios de tratamiento para pacientes internados y pacientes externos con trastornos por abuso de sustancias (incluidos, entre otros, el control de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residenciales y el tratamiento asistido con medicamentos con metadona)	Copago de $0	Se requiere autorización para los servicios de tratamiento para pacientes internados por trastornos por el consumo de sustancias. El acceso de telesalud es dependiente de la disponibilidad del proveedor.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Tiene un trastorno por abuso de sustancias (continuación)	(**Nota:** esta no es una lista completa de los servicios de trastornos por el consumo de sustancias extendidos del plan. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o lea la *Evidencia de cobertura* para obtener más información).		

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita un lugar para vivir donde haya personas disponibles para ayudarlo	Atención de enfermería especializada	Copago de $0	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. No se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.
	Hogar de personas mayores	Copago de $0	Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita un lugar para vivir donde haya personas disponibles para ayudarlo (continuación)	Cuidado asistencial (atención a largo plazo en un centro de enfermería)	Copago de $0	Los servicios están cubiertos para las personas que cumplen con el nivel de atención en un centro de atención de enfermería y cuyas metas de rehabilitación se han alcanzado o descontinuado sin plan para recibir el alta en el plazo de 180 días de admisión. Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita terapia después de un accidente cerebrovascular u otro tipo de accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla (para pacientes externos o en el hogar)	**Dentro y fuera de la red** Copago de $0	Se requiere autorización.
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Transporte de emergencia	Copago de $0	Se cubre ambulancia por cada viaje de ida o vuelta. Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (este servicio sigue en la siguiente página)	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (incluidos los que administra su proveedor en su consultorio, algunos medicamentos para el tratamiento del cáncer y algunos medicamentos utilizados con ciertos equipos médicos)	Copago de $0	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare*^†Ω **Nota:** todos los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos y de marca, se encuentran en un solo nivel	Si no recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos, paga $590 en la primera etapa, la Etapa del deducible. Una vez que haya pagado $590 por sus medicamentos, pasa a la Etapa de cobertura inicial.	Pueden existir limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte el formulario de Elderplan Plus Long-Term Care (por ejemplo, *Lista de medicamentos cubiertos*) en www.elderplan.org para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare*^†Ω **Nota:** todos los medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos y de marca, se encuentran en un solo nivel	En la Etapa de cobertura inicial: Para los **medicamentos genéricos** (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):	Elderplan Plus Long-Term Care puede solicitarle que pruebe primero un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa afección. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener autorización previa de Elderplan Plus Long-Term Care para ciertos medicamentos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)		Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: Copago de $0 o Copago de $1.60 o Copago de $4.90 o 25% del costo	*Suministro para un mes para farmacia minorista estándar (dentro de la red), atención a largo plazo (31 días) y costo compartido 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.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)		Para **todos los demás medicamentos**: Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: Copago de $0 o Copago de $4.80 o Copago de $12.15 o 25% del costo	ΩUsted 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.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)		Cuando los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,000, usted pasará a la etapa final, la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)		En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada. El plan paga todos los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D.	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de venta libre (OTC)	Copago de $0	Debe acudir a determinadas farmacias para obtener un número muy limitado de medicamentos, debido a requisitos especiales de manejo, coordinación de proveedores o instrucción de pacientes que la mayoría de las farmacias de su red no pueden cumplir.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			Estos medicamentos figuran en el sitio web del plan, el formulario y los materiales impresos, como así también en el buscador del plan de medicamentos con receta de

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			Medicare en www.medicare.gov/plan-compare. Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido, de hasta 90 días) en las farmacias minoristas estándar o por correo.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			Pueden existir limitaciones con respecto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos* de Elderplan Plus Long-Term Care para obtener más información.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención de los pies	Servicios de podiatría (incluidos exámenes de rutina)	Copago de $0	Cubriremos los siguientes servicios: **Servicios de podiatría suplementarios** Dentro de la red Copago de $0 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año. Fuera de la red Copago de $0 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita atención de los pies (continuación	Servicios ortésicos	Copago de $0	Se requiere autorización.
Necesita equipos médicos duraderos (DME) o suministros	Sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores de rodillas, andadores comunes y suministros de oxígeno, por ejemplo	Copago de $0	Se requiere autorización para determinados artículos.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita equipos médicos duraderos (DME) o suministros (continuación	(**Nota:** esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos y suministros cubiertos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página o lea la *Evidencia de cobertura* para obtener más información).		

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Necesita servicios de interpretación	Servicios de interpretación oral	Copago de $0	Servicios disponibles a pedido. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros.
	Intérprete de lenguaje de señas	Copago de $0	Servicios disponibles a pedido. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los Miembros.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (este servicio continúa en la siguiente página)	Acupuntura	Copago de $0	Puede recibir hasta 40 consultas por año para los siguientes servicios de acupuntura expandidos: ● Acupuntura ● Terapia con ventosas/ Moxibustión ● Digitopresión ● Tui Na ● Gua Sha ● Reflexología ● Terapia de luz infrarroja
	Coordinación de atención del plan	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Servicios de quiropráctica	Copago de $0	Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
	Suministros para diabéticos	Copago de $0	Las tiras reactivas para la diabetes y los medidores de glucosa en sangre están limitados a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care and Ascensia Diabetes Care.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Diagnóstico y tratamiento periódicos de detección tempranos y periódicos (EPSDT) (incluidas pruebas de detección preventiva, exámenes médicos, pruebas de detección y servicios auditivos, inmunizaciones, pruebas de detección y servicios de atención de enfermería privada)	Copago de $0	El EPSDT es para miembros menores de 21 años de edad.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Planificación familiar	Copago de $0	Los servicios de planificación familiar brindados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid.
	Atención en un hospicio	Copago de $0	Elderplan Plus Long-Term Care (HMO-POS D-SNP) pagará una única consulta por asesoramiento antes de que elija el hospicio.
	Mamografías	Copago de $0	

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Servicios administrados a largo plazo y apoyos (MLTSS) (incluidos, entre otros, los servicios de vivienda asistida, cognitivos y del habla, terapia ocupacional y fisioterapia; servicios de tareas domésticas; comidas entregadas a domicilio; modificaciones residenciales (como la instalación de rampas o barras para adultos); y atención diurna para adultos sociales)	Copago de $0	Los MLTSS brindan servicios para los miembros que necesitan el nivel de atención que normalmente se brinda en un centro de enfermería y que les permite recibir atención necesaria en un entorno residencial o comunitario. Un MLTSS está disponible para todos los miembros; la autorización de un servicio específica, incluida la cantidad, se indica en el Plan de atención individualizado del miembro. Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Atención médica diurna (incluidos los servicios preventivos, terapéuticos y de rehabilitación en un entorno de atención médica y de enfermería, bajo supervisión de dichos profesionales)	Copago de $0	Se brinda atención médica diurna para cubrir las necesidades de las personas con deterioros físicos o cognitivos a fin de facilitarles la vida comunitaria. Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Asistencia de cuidado personal (PCA) (asistencia con actividades diarias, como bañarse, vestirse, usar el baño, comprar, cocinar, incluidas tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el hogar de un miembro, bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado,	Copago de $0	Se requiere autorización.

Necesidad o problema de salud	Servicios que puede necesitar	Sus costos con proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (normas que aplican a los beneficios)
	según lo certifique un médico de acuerdo con el plan de atención estipulado del miembro).		
Otros servicios cubiertos (continuación)	Servicios protésicos	Copago de $0	Se requiere autorización.
	Servicios para ayudar a controlar su enfermedad	Copago de $0	

El resumen de beneficios anterior se proporciona solo para fines informativos. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la *Evidencia de cobertura* de Elderplan Plus Long-Term Care. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care a los números de la parte inferior de esta página.

D. Servicios adicionales cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros o lea la *Evidencia de cobertura* para saber más sobre otros servicios cubiertos.

Servicios adicionales cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care	Sus costos
Juegos para el cerebro con 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.	Copago de $0
Tarjeta Flex El beneficio de la tarjeta Flex consiste en una asignación de $750 para usar en 2025 en gastos que paga de su bolsillo para servicios dentales, oftalmológicos, auditivos o 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.	Copago de $0
Productos de venta libre (OTC) Puede comprar hasta $900 por trimestre de productos de OTC elegibles con una tarjeta para OTC provista por Elderplan.	Copago de $0

Servicios adicionales cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care	Sus costos
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas*	Copago de $0
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 incluir los siguientes artículos/servicios: • **¡Nuevo!** Paseos comunitarios • Asistencia con el alquiler/hipoteca • Pago de la factura de Internet y servicios • Comidas a domicilio • Alimentos saludables y productos frescos *La elegibilidad está determinada por si tiene una afección crónica asociada con el beneficio de SSBCI (OTC extendido). Entre los ejemplos de afecciones SSBCI se incluyen, entre otros, trastornos cardiovasculares, diabetes, artritis, trastornos pulmonares crónicos y cáncer. Hay otras afecciones elegibles que no están en la lista. Los estándares pueden variar para este beneficio	

Servicios adicionales cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care	Sus costos
Teladoc® 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.	Copago de $0
Cobertura internacional de servicios de emergencia/transporte de emergencia/ cobertura de urgencia Tiene cobertura anual para un máximo de $50,000 por año.	Copago de $0
Asistencia en viajes Obtenga ayuda las 24 horas, los 7 días de la semana cuando viaja más de 100 millas de casa o a otro país. Este programa lo conecta con los médicos, hospitales, farmacias y otros servicios de todo el mundo, por lo que nunca se quedará sin atención.	Copago de $0

E. Beneficios cubiertos fuera de Elderplan Plus Long-Term Care

Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página para saber más sobre otros servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term, pero que sí están disponibles a través del pago por servicio de Medicaid.

Otros servicios cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid	Sus costos
Programa de vivienda asistida	Copago de $0
Administración completa de casos de Medicaid	Copago de $0
Tratamiento supervisado para tuberculosis	Copago de $0
Programa de exención a los servicios basados en el hogar y la comunidad	Copago de $0
Beneficios de farmacia de Medicaid permitidos por la ley estatal (categorías de medicamentos seleccionados que se excluyen del beneficio de la Parte D de Medicare)	Copago de $0
Servicios de la Oficina para personas con discapacidades del desarrollo	Copago de $0

Otros servicios cubiertos directamente por el pago por servicio de Medicaid	Sus costos
Servicios de planificación familiar prestados fuera de la red en virtud de disposiciones de acceso directo	Copago de $0
Servicios de rehabilitación brindados a miembros de residencias comunitarias (CR) con licencia de la OMH y programas de tratamiento basados en la familia	Copago de $0

F. Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Esta no es una lista completa. Llame a Servicios para los Miembros al número que aparece en la parte inferior de esta página para averiguar sobre otros servicios excluidos.

Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid	
Cirugía estética	
Cuidado asistencial	El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado; es decir, el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida cotidiana como bañarse o vestirse.

Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid	
Procedimientos, equipos y medicamentos experimentales y quirúrgicos. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son aceptados, generalmente, por la comunidad médica.	
Los cargos cobrados por atención a sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	
Comidas a domicilio	

Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid	
Servicios de empleada doméstica, incluidos asistencia básica del hogar, como servicio doméstico o preparación de comidas livianas.	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.	Cubiertos en situaciones específicas: Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y que están incluidos en el costo del soporte de pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializado, como un teléfono o televisor.	
Habitación privada en el hospital.	

Servicios no cubiertos por Elderplan Plus Long-Term Care, Medicare y Medicaid	
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos sin receta.	
Atención quiropráctica de rutina	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	

G.Sus derechos y obligaciones como miembro del plan

Como miembro de Elderplan Plus Long-Term Care, tiene ciertos derechos acerca de su atención médica. También tiene ciertas responsabilidades con respecto a los proveedores de atención médica que le brindan atención. Independientemente de su afección, no se le puede impedir que reciba un tratamiento médicamente necesario. Puede utilizar estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le informaremos sobre sus derechos, al menos, una vez por año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de cobertura*.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Tiene derecho al respeto, la justicia y la dignidad. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Obtener servicios cubiertos sin inquietud sobre raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, credo, sexo (incluidos los estereotipos y la identidad de género), edad, estado de salud, discapacidad, física o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o capacidad para hablar en inglés. Ningún proveedor de atención médica deberá realizar ninguna práctica con respecto a ningún miembro que constituya una discriminación ilegal conforma a alguna ley ni reglamento estatal ni federal.

- Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, tamaño de letra grande, braille, audio) sin cargo.
- No ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión.
- No recibir facturas de los proveedores de la red.
- Obtener respuesta de manera completa y educada a sus preguntas e inquietudes.
- Gozar libremente de sus derechos sin ningún efecto negativo en la forma en que Elderplan Plus Long-Term Care o su proveedor lo tratan.

- **Tiene derecho a obtener información sobre su atención médica.** Esto incluye la información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, sin importar el costo o la cobertura de los beneficios. Esta información debe estar en un formato y un idioma que comprenda. Estos derechos incluyen la obtención de información sobre lo siguiente:
  - Elderplan Plus Long-Term Care
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo obtener los servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Los nombres de los proveedores de salud y los administradores de atención

- Sus derechos y responsabilidades

- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre su atención, incluso a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiar de PCP en cualquier momento durante el año. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 1 877 891 6447 (TTY 711) si desea cambiar de PCP.
  - Consultar a un proveedor de salud para mujeres sin una remisión.
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez.
  - Conocer sobre todas las opciones de tratamiento, independientemente de su precio o si están cubiertas.
  - Negarse al tratamiento en cuanto la ley permite, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario.
  - Dejar de tomar los medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario.
  - Solicitar una segunda opinión sobre cualquier atención médica que su PCP o su equipo de atención le recomienden. Elderplan Plus Long-Term Care pagará el costo de su consulta de segunda opinión.

- Hacer que se conozcan sus deseos de atención médica en directivas anticipadas.

- Tiene derecho a acceder oportunamente a la atención sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Obtener atención médica oportuna.
  - Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa que debe haber un acceso libre de barreras para las personas con discapacidades de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.
  - Recibir ayuda de intérpretes para la comunicación con sus médicos, otros proveedores y el plan de salud. Llame a Servicios para los Miembros al 1 877 891 6447 (TTY 711) si necesita ayuda con este servicio.
  - Tener la *Evidencia de cobertura* y los materiales impresos de Elderplan Plus Long-Term Care traducidos a su idioma principal, o que estos materiales se lean en voz alta si tiene problemas para ver o leer. Los servicios de interpretación se pondrán a su disposición cuando los solicite de manera gratuita.
  - No ser sometido a ninguna forma de restricción o reclusión física que puedan ser utilizadas como medio de coerción, fuerza, castigo, disciplina, conveniencia o represalia.

- **Tiene derecho a obtener atención de emergencia y de urgencia cuando la necesite.** Esto significa que tiene derecho a lo siguiente:
  - Obtener servicios de atención de emergencia y urgencia, durante las 24 horas, los 7 días de la semana, sin aprobación previa.
  - Consultar a un proveedor de atención de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Solicitar y obtener una copia de sus registros médicos en un formato en el que pueda comprenderlos y a pedir que se modifiquen o se corrijan.
  - Hacer que su información de salud personal se mantenga confidencial. No se divulgará a ninguna persona su información personal de salud sin su consentimiento, a menos que lo requiera la ley.
  - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene derecho a presentar quejas sobre sus servicios o su atención cubiertos.** Esto incluye el derecho a lo siguiente:
  - Acceder a un proceso simple para expresar sus inquietudes y esperar un seguimiento de Elderplan Plus Long-Term Care.

- Presentar una queja o un reclamo contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene el derecho a apelar ciertas decisiones que nosotros o nuestros proveedores tomemos.
- Solicitar una audiencia estatal (audiencia imparcial del estado).
- Obtener un motivo detallado por el que se rechazaron los servicios.

Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:

- **Tiene la responsabilidad de tratar a las demás personas con respeto, justicia y dignidad.** Debe hacer lo siguiente:
  - Tratar a sus proveedores de atención médica con dignidad y respeto.
  - Acudir a todas las citas, llegar a tiempo y llamar con anticipación si llegará tarde o debe cancelar.
- **Tiene la responsabilidad de brindar información sobre usted y su salud.** Debe hacer lo siguiente:
  - Indicarle a su proveedor de atención médica las quejas sobre su salud con claridad y proporcionar tanta información como sea posible.

- Decirle a su proveedor de atención médica sobre usted y su historia médica.
- Dígales a su proveedor de atención médica que usted es un miembro de Elderplan Plus Long-Term Care.
- Hable con su PCP, administrador de atención médica u otra persona apropiada sobre cómo recibir los servicios de un especialista antes de acudir a un hospital (excepto en casos de emergencia).
- Decirle a su PCP, equipo de atención, navegador u otra persona adecuada, dentro de un plazo de 24 horas, sobre cualquier tratamiento de emergencia o fuera de la red.
- Avise a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care si hay cambios en su información personal, como su dirección o número de teléfono.

- **Tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su atención, incluso de rechazar el tratamiento.** Debe hacer lo siguiente:
  - Informarse sobre sus problemas de salud y sobre cualquier tratamiento recomendado y considerarlo antes de que se lleve a cabo.
  - Asociarse con su equipo de atención y crear planes de tratamiento y objetivos de manera conjunta.

- Seguir las instrucciones y los planes de atención que usted y su proveedor de atención médica han acordado, y recordar que rechazar el tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica puede dañar su salud.

- **Usted tiene la responsabilidad de obtener los servicios de Elderplan Plus Long-Term Care** Debe hacer lo siguiente:
  - Obtenga toda su atención médica de Elderplan Plus Long-Term Care, excepto en casos de emergencia, atención de urgencia, servicios de crisis de salud conductual, servicios de diálisis fuera del área o servicios de planificación familiar, a menos que Elderplan Plus Long-Term Care proporcione una autorización previa para la atención fuera de la red.
  - No permita que otra persona use su tarjeta de identificación de miembro de Elderplan Plus Long-Term Care para obtener servicios de atención médica.
  - Avise a Elderplan Plus Long-Term Care cuando considere que alguien ha abusado en forma adrede de los beneficios o servicios de Elderplan Plus Long-Term Care.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la *Evidencia de cobertura* de Elderplan Plus Long-Term Care. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care a los números que figuran en la parte inferior de esta página.

H. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o considera que Elderplan Plus Long-Term Care debe cubrir algo que le negamos, llame a Elderplan Plus Long-Term Care al 1-877-891-6447. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y las apelaciones, puede leer el **Capítulo 8** de la *Evidencia de cobertura* de Elderplan Plus Long-Term Care. También puede llamar a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care al final de este documento.

ELDERPLAN

ATTN: APPEALS & GRIEVANCES

55 WATER STREET, 46TH FLOOR

NEW YORK, NY 10041

Las llamadas al 1-877-891-6447 son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana TTY: 711
FAX: (718) 765-2027

I. Qué debe hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de salud y las organizaciones de atención médica que proporcionan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que existan algunas personas deshonestas.

Si cree que un médico, un hospital o una farmacia están actuando de manera inapropiada, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicios para los Miembros de Elderplan Plus Long-Term Care. Los números de teléfono son los números que figuran en esta página.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1 877 486 2048. Puede llamar a estos números en forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- O bien, llame a la Línea de fraude de Medicaid del Estado de New York al 1–877–87 FRAUD.

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 **1-877-891-6447**.

Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al 1-877-891-6447 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, esto 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

- ☐ Debe continuar pagando la 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**.
- ☐ Su cobertura médica y de medicamentos con receta se comparó con su cobertura de seguro actual. Se convierte en miembro de Elderplan en la verificación de la inscripción, si ya no tiene cobertura con su plan actual.
- ☐ Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, mientras paguemos ciertos servicios, el proveedor debe estar de acuerdo con tratarlo. Salvo en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención. Además, usted pagará un copago mayor por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- ☐ Este es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal a través de Medicaid.

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 o 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 discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
    - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados
    - Información en otros idiomas

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

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 brindarle ayuda.

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
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 multilingües

Inglés: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. To get an interpreter, just call us at 1-877-891-6447 (TTY: 711). Someone who speaks English can help you. Este es un servicio gratuito.

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 lo 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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-891-6447 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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 답해 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 فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-877-891-6447:711 (TTY. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه 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ございます。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 inshqës hqës hqë t'ju ndihmojë. Ky shërbim është pa pagesë.

Bengalí: 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 οποιεσδήποτε 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 אונזער העלט אדער איינער וואס רעדט אידיש/שפראך קען אייך העלפן. . 1-877-891-6447 (TTY:711) דראג פלאן. צו באקומען א דאלמעטשער, רופט אונז אויף 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 1-877-891-6447 (TTY:711) پر کال کریں۔ اردو بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت خدمت ہے۔

elderplan
homefirst®
una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-877-891-6447

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.