

2026



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.™



Resumen de beneficios

Elderplan para Beneficiarios de Medicaid
(HMO-POS D-SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de teléfono importantes

Servicios para los Miembros

1-800-353-3765, TTY 711

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

Resumen de beneficios – **Elderplan para Beneficiarios de Medicaid
(HMO-POS D-SNP) 2026**



Resumen de beneficios

para **Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)**

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026


Bronx, Kings, Nassau, New York, Putnam, Queens,
Richmond y Westchester

Acerca de Elderplan

Elderplan es una agencia participante del Sistema de Salud de MJHS. Tanto Elderplan como MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores fundamentales: compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una amplia trayectoria en el cuidado de neoyorquinos en riesgo, de cualquier origen. Por eso comprendemos que las brechas en el acceso a la atención médica de calidad siguen siendo, con demasiada frecuencia, un factor. De conformidad con nuestros valores, estamos ***abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia*** comprometiéndonos con la igualdad en la salud, con cerrar estas brechas en la atención y con garantizar que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.

Además, una ventaja para nuestros miembros de Elderplan/HomeFirst al ser una agencia participante de MJHS, es que nuestro sistema de salud también incluye lo siguiente: Cuidados en el Hogar de MJHS, Cuidados Paliativos y de Hospicio de MJHS, así como los Centros de Rehabilitación y Enfermería Isabella y Menorah de MJHS. Por lo tanto, si con el tiempo necesita acceder a apoyo adicional y elige recibir servicios de MJHS, el equipo de Elderplan puede trabajar en conjunto con sus colegas en todo el sistema para coordinar su atención de la mejor manera.



**Elderplan para Beneficiarios de Medicaid
(HMO-POS D-SNP)**

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado para los beneficiarios de Medicare que también tienen Medicaid, que ofrece cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos con receta, todo en un sencillo plan.

Usted puede consultar a cualquier dentista o especialista dentro o fuera de la red y aprovechar el beneficio trimestral para productos de venta libre (OTC). Además, recibirá una tarjeta Flex para ayudar a cubrir los gastos no cubiertos para servicios dentales, de la vista, auditivos y ejercicio físico.

Este plan incluye cobertura dental integral, con una red más amplia de proveedores a través de nuestro nuevo socio dental, para que pueda obtener la atención que necesita más fácilmente.

También contará con el apoyo de un administrador de atención dedicado, disfrutará de una membresía para acceso a un gimnasio para mantenerse activo, ganará recompensas a través de nuestro Programa de incentivos para el bienestar y tendrá acceso a nuestro galardonado programa Member-to-Member.

Elderplan: Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.

Contenido

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios.....7

- Información de contacto de Elderplan
- ¿Quién puede inscribirse?
- Información útil sobre Medicare
- Información sobre Elderplan para Beneficiarios de Medicaid

Sección II: Resumen de beneficios 17
















- Prima mensual, deducible y gastos máximos no cubiertos
- Beneficios que cubre Medicare
- Servicios dentales preventivos, de diagnóstico e integrales suplementarios
- Parte D de Medicare
- Otros beneficios cubiertos

Sección III: Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan 98

- Beneficios de Medicaid

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Descripción breve de sus beneficios

	Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista que desee dentro o fuera de la red	\$0
	Prima mensual*	
	Consultas con médicos (atención primaria)*	
	Atención de un especialista*	
	Acupuntura expandida	
	Juegos mentales con BrainHQ®	
	Servicios dentales preventivos suplementarios y servicios dentales integrales y suplementarios	
	Examen auditivo de rutina	
	Podiatría de rutina	
	Examen de la vista de rutina	
	Programa de ejercicio físico Silver&Fit®	\$500 por año
	Transporte	
	Acceso a la atención de Teladoc® 24/7	\$660 cada trimestre
	Tarjeta Flex‡	
	Beneficios de productos de venta libre (OTC)	\$660 cada trimestre
	OTC tradicionales que además ahora incluyen los pagos de renta/hipoteca, servicios, internet, ciertos alimentos, comidas a domicilio.**	

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

* Si no recibe asistencia para los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid:

- Usted paga \$22.70 por mes por la prima del plan.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención primaria.
- Usted paga un coseguro del 20% por atención especializada.

** La elegibilidad está determinada por si tiene una afección crónica asociada con el beneficio de SSBCI (OTC extendido). Algunos ejemplos de afecciones asociadas a los SSBCI son, entre otros, los trastornos cardiovasculares, la diabetes, la artritis, los trastornos pulmonares crónicos y la enfermedad renal crónica. Existen otras afecciones elegibles que no se incluyeron en la lista. Los estándares pueden variar para este beneficio.

‡ El beneficio de la tarjeta Flex ofrece una asignación de \$500 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de la vista, auditivos y ejercicio físico.

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. Cualquier persona con derecho a las Partes A y B de Medicare puede solicitar la 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 2026 de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid

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

Números de teléfono y sitio web de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.
- Nuestro sitio web: www.elderplan.org.

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

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el programa de Medicaid del estado de New York, y residir en nuestra área de servicio.

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

Las personas que reúnen los requisitos para tener Medicare y Medicaid se conocen como beneficiarios con doble elegibilidad. Debe reunir los requisitos para la cobertura de Medicaid y cumplir con los

requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan para Beneficiarios de Medicaid. El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos beneficiarios con doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. Como miembro de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid que califica para la cobertura de Medicaid, es posible que haya beneficios adicionales de Medicaid disponibles para usted.

Información útil sobre Medicare

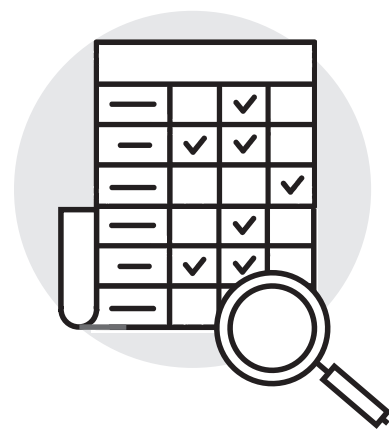
Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare con pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal. Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan para Beneficiarios de Medicaid y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. La sección sobre Medicaid también incluye información sobre los servicios que puede recibir de Medicaid. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.



Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

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



Información sobre Elderplan para Beneficiarios de Medicaid

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 del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y Medicaid o elegible para Medicare y la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid. Además:

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Putnam, Queens, Richmond 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.

El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos. Con la asistencia de Medicaid, algunos beneficiarios con doble elegibilidad no tienen que pagar ciertos costos de Medicare. A continuación, se detallan las categorías de beneficios de Medicaid y los tipos de asistencia que brinda nuestro plan:

- **Doble elegibilidad con beneficios totales (FBDE):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Estas personas también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid.

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB & QMB+):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para todos los beneficios de Medicaid (QMB+)).
- **Persona calificada (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Tenga en cuenta que: si pierde su elegibilidad, pero puede

esperarse razonablemente que recuperará la elegibilidad dentro de tres (3) meses, seguirá siendo elegible para la membresía en nuestro plan (en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de su folleto de Evidencia de cobertura se describe la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua estimada).

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y beneficios de cualquiera de los proveedores de la red que se figuran en nuestro Directorio de proveedores y farmacias.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Nuestro plan también incluye la cobertura en el lugar de prestación de determinados servicios para ciertos servicios y beneficios de cualquier proveedor certificado por Medicare que no haya optado por la exclusión de Medicare.

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

¿Qué cubrimos?

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

- Los miembros disfrutan de todos los beneficios cubiertos por Original Medicare.
- Los miembros también obtienen más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

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

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

La mayoría de los miembros de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid reciben “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Si recibe “Ayuda adicional”, los montos del deducible y el costo compartido dependerán del nivel de “Ayuda adicional” que recibe. Como miembro de nuestro plan, usted recibirá un inserto separado, que se denomina Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta, también conocida como Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Consulte la “Cláusula LIS” para obtener información sobre los montos del deducible y el costo compartido.

Si usted **no** recibe “Ayuda adicional”, es responsable de pagar los costos de sus medicamentos de la Parte D.

Si tiene alguna pregunta sobre la ayuda adicional, llame:

- **Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

- A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes).
- A la línea de ayuda de Medicaid de la Administración de Recursos Humanos (HRA) del Departamento de Salud del estado de New York (Servicios Sociales) al **1-888-692-6116** de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.



Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP). Si cumple con los requisitos de elegibilidad para estar en este plan, Medicaid puede ayudarlo a pagar cualquier gasto de atención médica que pudiera tener.

Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)		
Prima mensual (prima de la Parte D)	\$0 o \$22.70	Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero). Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por su prima del plan.
Deducible de la Parte B	\$0 o \$283	Si es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0 por el deducible de la Parte B. Este plan tiene deducibles para servicios para pacientes internados en un hospital y para atención psiquiátrica para pacientes internados.

Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP)

Gasto máximo combinado no cubierto	<p>\$9,250 dentro y fuera de la red combinados</p>	<p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los gastos no cubiertos por la atención médica y hospitalaria que reciba.</p> <p>Si alcanza el límite de gastos no cubiertos dentro y fuera de la red combinados, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año.</p> <p>Recuerde que deberá seguir pagando la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Si usted es elegible para la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún gasto no cubierto para alcanzar el monto del gasto máximo combinado no cubierto por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
---	--	---

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes internados	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. En 2026, los montos para cada período de beneficios son de \$0* o: un deducible de \$1,736.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$434 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: copago de \$868 por día de reserva de por vida.</p> <p>Después de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p>	Se requiere autorización.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención en un hospital (continuación)	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 0% o del 20%.*	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 0% o del 20%.*	

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.
	Especialistas	Dentro de la red: Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* Fuera de la red: Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Este beneficio también está disponible dentro de la red a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	Dentro de la red: Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* Fuera de la red: Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Atención preventiva	Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.
		<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de aneurisma aórtico abdominal • Detección y orientación de abuso de alcohol • Mediciones de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Pruebas de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> - Pruebas de sangre con biomarcadores - Colonoscopias 	

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> - Colonografía por tomografía computarizada (CT) - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Sigmoidoscopia flexible - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo • Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaco • Pruebas de detección de depresión • Pruebas de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacunas contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección del virus de la hepatitis C • Pruebas de detección de VIH • Pruebas de detección de cáncer del pulmón 	

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad • Consulta preventiva única “Bienvenido a Medicare” • Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la COVID-19 - Vacunas contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Vacunas contra el neumococo • Consulta anual de “bienestar” 	

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	Coseguro del 0% o del 20%.*	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma
	Atención de emergencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$115) por cada consulta.*	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
Necesita atención de emergencia	Atención de urgencia	Coseguro del 0% o del 20% (hasta \$40) por cada consulta.*	Este beneficio también está disponible a través de la telesalud. Para obtener más detalles, llame a su proveedor actual.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

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

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos (continuación)	<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Radiografías para pacientes externos 	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio.*	

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT) 	Coseguro del 0% o del 20% para cada servicio.*	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).

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.*	Se requiere autorización de un médico o especialista para los audífonos.
		Pago de \$0 para un examen auditivo no cubierto por Medicare (de rutina) cada 3 años.	
	Audífonos	Límite máximo de beneficio de hasta \$1,300 para ambos oídos combinados cada 3 años. Copago de \$0 para adaptaciones y evaluaciones para la colocación de audífonos cada 3 años.	

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental	Servicios dentales integrales	Coseguro del 0% o 20% para los servicios cubiertos por Medicare.*	
	Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios	Los servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios se limitan a determinados códigos de servicio de las categorías a continuación. Los servicios se combinan dentro y fuera de la red.	

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental <i>(continuación)</i>	Servicios dentales integrales suplementarios	La cobertura de servicios dentales integrales suplementarios se limita a determinados códigos de servicio de las categorías que figuran a continuación. Dentro de la red y fuera de la red combinados.	Servicios dentales integrales suplementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.

Servicios dentales preventivos, de diagnóstico e integrales suplementarios

Dentro y fuera de la red

Servicios cubiertos	Copago	Frecuencia
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico suplementarios		
Exámenes bucales		
Evaluación oral periódica: paciente establecido	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Evaluación oral limitada: centrada en problema	Sin cargo	Una vez por mes
Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Evaluación oral detallada y extensa: centrada en problema, por informe	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Reevaluación	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Evaluación periodontal integral	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen del paciente	Sin cargo	Una vez cada 10 días
Evaluación del paciente	Sin cargo	Una vez cada 10 días

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Radiografías dentales		
Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Primera imagen radiográfica intraoral: periapical	Sin cargo	Con cobertura
Intraoral: periapical cada imagen radiográfica adicional	Sin cargo	Con cobertura
Imagen radiográfica intraoral: oclusal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Extraoral: imagen radiográfica de proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estacionaria y un detector	Sin cargo	Dos cada semana
Radiografía dental posterior extra bucal	Sin cargo	Dos cada semana
Aleta de mordida: imagen radiográfica única	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Aleta de mordida: dos imágenes radiográficas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Aleta de mordida: tres imágenes radiográficas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Aleta de mordida: cuatro imágenes radiográficas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Radiografías dentales		
Radiografía con aleta de mordida vertical: de 7 a 8 placas	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Saliografía	Sin cargo	Dos cada semana
Artrograma de articulación temporomandibular (ATM), incluida la inyección	Sin cargo	Con cobertura
Otras imágenes radiográficas de la articulación temporomandibular, por informe	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Placa panorámica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Imagen radiográfica cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Imagen fotográfica oral/facial 2D obtenida intraoral o extraoralmente	Sin cargo	Dos cada 6 meses
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión limitado: menos de una mandíbula completa	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Radiografías dentales		
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo: mandíbula	Sin cargo	Con cobertura
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	Con cobertura
Captura e interpretación de CT de haz cónico con campo de visión de ambas mandíbulas: con o sin el cráneo	Sin cargo	Con cobertura
Captura e interpretación de CT de haz cónico para series de ATM que incluyen dos o más exposiciones	Sin cargo	Con cobertura
Tomosíntesis intraoral: serie completa	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

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Radiografías dentales

Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de serie completa	Sin cargo	Con cobertura
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de mordida	Sin cargo	Con cobertura
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes periapicales	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Moldes de diagnóstico	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Otros servicios de diagnóstico

Adhesión de tejido, examen macroscópico y microscópico, incluye evaluación de márgenes, preparación y transmisión de informe	Sin cargo	Con cobertura
Consulta, incluida la preparación de diapositivas de los materiales de biopsia suministrados por la fuente de remisión	Sin cargo	Con cobertura
Otros procedimientos de patología bucal, por informe	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Otros servicios de diagnóstico		
Procedimiento de diagnóstico no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Limpiezas		
Profilaxis: adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Tratamiento con flúor		
Aplicación tópica de barniz de flúor	Sin cargo	Con cobertura
Aplicación tópica de flúor, excluido el barniz	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Otros servicios dentales preventivos		
Asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control de enfermedades bucales	Sin cargo	Con cobertura
Aplicación de medicamento para detener la caries, por diente	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento preventivo no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios dentales integrales suplementarios		
Amalgama: una superficie, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios dentales integrales suplementarios		
Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Amalgama: cuatro superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Resina: 1 superficie, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Resina: 2 superficies, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Resina: 3 superficies, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Resina: 4 superficies o más, o diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Corona de compuesto a base de resina, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Compuesto: 1 superficie, diente posterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Compuesto: 2 superficies, diente posterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Compuesto: 3 superficies, diente posterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Resina: 4 superficies o más, diente posterior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios dentales integrales suplementarios		
Incrustación inlay: metálica, una superficie	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Incrustación inlay: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Incrustación inlay: metálica, tres superficies o más	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Incrustación onlay: metálica, dos superficies	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Incrustación inlay: porcelana/cerámica, una superficie	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Incrustación inlay: porcelana/cerámica, tres superficies o más	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: compuesto a base de resina (indirecto)	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: $\frac{3}{4}$ de compuesto a base de resina (indirecto)	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal base predominante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios dentales integrales suplementarios		
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: $\frac{3}{4}$ metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: $\frac{3}{4}$ metal base predominante fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: $\frac{3}{4}$ metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: muy noble completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal base predominante completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble completamente fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios dentales integrales suplementarios		
Recementado de incrustación inlay, incrustación onlay o restauración de cobertura parcial	Sin cargo	Con cobertura
Corona recementada	Sin cargo	Con cobertura
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
Corona de acero inoxidable prefabricada con carilla de resina	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Restauración de protección	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Retención de espiga, por diente, además de la restauración	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Perno y base, además de corona, fabricada indirectamente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Perno y base prefabricados, además de corona	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios dentales integrales suplementarios		
Luego de la extracción	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Excavación de un diente que resulta en la decisión de que no se puede restaurar	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento de restauración no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de endodoncia		
Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez de por vida
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior primario (excluida restauración final)	Sin cargo	Una vez de por vida
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (excluida restauración final)	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia, diente anterior	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia, molar	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de endodoncia		
Terapia de rectificación de endodoncias previas, diente anterior	Sin cargo	Una vez de por vida
Terapia de rectificación de endodoncias previas, premolar	Sin cargo	Una vez de por vida
Terapia de rectificación de endodoncias previas, molar	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía, diente anterior	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía: premolar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía: molar (primera raíz)	Sin cargo	Una vez de por vida
Apicectomía (cada raíz adicional)	Sin cargo	Una vez de por vida
Empaste retrógrado, por raíz	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimiento de endodoncia no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de periodoncia		
Gingivectomía o gingivoplastía: cuatro o más dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de periodoncia		
Gingivectomía o gingivoplastía: uno a tres dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Procedimiento de colgajo gingival: cuatro o más dientes	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Colgajo posicionado apicalmente	Sin cargo	Con cobertura
Alargamiento clínico de 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
Regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una vez de por vida
Regeneración tisular guiada, dientes naturales - barrera no reabsorbible, por sitio	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de periodoncia		
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 libre (incluida la cirugía del sitio donante), primer diente o colocación de edéntulo en el injerto	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluida la cirugía del sitio donante), cada diente contiguo adicional o colocación de edéntulo en el mismo lugar del injerto	Sin cargo	Una vez de por vida
Procedimiento de injerto autógeno de tejido conectivo (incluidos los sitios de la cirugía del donante y el beneficiario), cada diente contiguo adicional, implante o colocación de edéntulo en el mismo lugar del injerto	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de periodoncia		
Procedimiento de injerto no autógeno de tejido conectivo (incluidos el sitio de la cirugía del beneficiario y los materiales del donante), cada diente contiguo adicional, implante o colocación de edéntulo en el mismo lugar del injerto	Sin cargo	Una vez de por vida
Raspado y alisado radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Raspado y alisado radicular periodontal: uno a tres dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Procedimientos de mantenimiento periodontal	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Procedimiento periodontal no específico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza completa: maxilar	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza completa: mandibular	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, los apoyos y los dientes)	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, los apoyos y los dientes)	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, los apoyos y los dientes)	Sin cargo	Con cobertura
Dentadura postiza superior parcial, base flexible	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza inferior parcial, base flexible	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cargo	Cuatro cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses
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	Dos cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
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 ruptura de materiales retentivos/de cierre, por diente	Sin cargo	Dos 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
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

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reparación de base de prótesis híbrida	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
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

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Dentadura postiza parcial intermedia, superior	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Dentadura postiza parcial intermedia, 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	Con cobertura
Prótesis maxilofaciales		
Molde facial (por sección)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Molde facial (completo)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis nasal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis auricular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis orbital	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis ocular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis facial	Sin cargo	Seis cada 2 meses
Prótesis septal nasal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis ocular, temporal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Prótesis maxilofaciales		
Prótesis craneal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de implante para aumento facial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis nasal, reemplazo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis auricular, reemplazo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis orbital, reemplazo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis facial, reemplazo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis obturadora, quirúrgica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis obturadora, definitiva	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis obturadora, modificación	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Prótesis de resección mandibular con brida guía	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de resección mandibular sin brida guía	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis obturadora, temporal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Dispositivo para el trismo (no para el tratamiento de trastornos de la ATM)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Prótesis maxilofaciales		
Dispositivo para ayudar a alimentarse	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de ayuda para el habla, adultos	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de aumento palatino	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de elevación palatina, definitiva	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de elevación palatina, temporal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de elevación palatina, modificación	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis de ayuda para el habla, modificación	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Endoprótesis quirúrgico	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Transportador de radiación	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Protección contra radiación	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Localizador de cono de radiación	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Portador de gel de fluoruro	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Férula de comisura	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Férula quirúrgica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Prótesis maxilofacial no especificada, por informe	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de implantes		
Colocación quirúrgica de implantes: implante endosteal	Sin cargo	Una vez de por vida
Colocación quirúrgica de mini implantes	Sin cargo	Una vez de por vida
Barra de conexión con implante/pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Pilar prefabricado	Sin cargo	Una cada 8 años
Pilar a medida	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con pilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana fundida a metal (metal muy noble)	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana fundida a metal (metal base predominante)	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana fundida a metal (metal noble)	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar (metal muy noble)	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de metal fundido con pilar (metal base predominante)	Sin cargo	Una cada 8 años

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de implantes		
Corona de metal fundido con pilar (metal noble)	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/cerámica con implante	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona de porcelana/metal muy noble con implante	Sin cargo	Una cada 8 años
Corona con implante, aleaciones muy nobles	Sin cargo	Una cada 8 años
Raspado y desbridamiento en presencia de inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin entrada y cierre del colgajo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de prótesis con implante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de accesorios, prótesis con implante/pilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Recementado o reconstitución de corona con implante/pilar	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de implantes		
Recementado o reconstitución de dentadura postiza parcial fija con implante/pilar	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Corona con pilar: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una cada 8 años
Reparación de pilar/implante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Extracción de tornillo de retención de implante dañado	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Extracción quirúrgica de implantes	Sin cargo	Con cobertura
Desbridamiento de un defecto antes del implante o defectos que rodean a un solo implante, y limpieza de las superficies expuestas del implante, incluida la entrada y el cierre del colgajo	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Desbridamiento y contorno óseo de un defecto antes del implante o defectos que rodean a un solo implante e incluye la limpieza de las superficies expuestas del implante, incluida la entrada y el cierre del colgajo	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de implantes		
Injerto óseo para reparación de defecto previo al implante, no incluye la entrada y el cierre del colgajo. La colocación de una membrana de barrera o materiales biológicos para ayudar en la regeneración ósea se informa por separado	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Injerto óseo en el momento de la colocación del implante	Sin cargo	Una vez de por vida
Regeneración de tejido orientada: barrera reabsorbible, por implante	Sin cargo	Con cobertura
Regeneración de tejido orientada: barrera no reabsorbible, por implante	Sin cargo	Con cobertura
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble para arco edéntulo, maxilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble para arco edéntulo, mandibular	Sin cargo	Una cada 8 años

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de implantes		
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble para arco parcialmente edéntulo, maxilar	Sin cargo	Una cada 8 años
Implantes/pilares de dentadura postiza extraíble para arco parcialmente edéntulo, mandibular	Sin cargo	Una cada 8 años
Índice de implantes radiológicos/quirúrgicos, por informe	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Pilar de semiprecisión, colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Fijación de semiprecisión, colocación	Sin cargo	Una cada 8 años
Reemplazo de tornillo de implante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Procedimiento de implante no especificado, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de prostodoncia fija		
Póntico: metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal base fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia fija		
Póntico: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
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
Prostodoncia fija, 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 fijo	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal base predominante	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia fija		
Corona: resina con metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona retenedora: porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal base	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal noble	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona retenedora: porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona retenedora: $\frac{3}{4}$ metal muy noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Prostodoncia fija, corona, $\frac{3}{4}$ metal base predominante fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Prostodoncia fija, corona, $\frac{3}{4}$ metal noble fundido	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Prostodoncia fija, corona, $\frac{3}{4}$ porcelana/cerámica	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona retenedora $\frac{3}{4}$: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de prostodoncia fija		
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
Corona retenedora: titanio y aleaciones de titanio	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Recementado o reconstitución de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reparación de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Procedimiento de prostodoncia fija no especificado	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción, restos de corona: diente primario	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción de diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps)	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
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 oroantral	Sin cargo	Una vez de por vida
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
Trasplante de diente (incluye reimplante de un diente a otro y la férula o estabilización)	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Acceso quirúrgico de diente no brotado	Sin cargo	Una vez de por vida
Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	Sin cargo	Una vez de por vida
Colocación de dispositivo para facilitar la erupción del diente impactado	Sin cargo	Una vez de por vida
Biopsia de incisión de tejido bucal duro (diente/hueso)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Biopsia de incisión del tejido bucal blando	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reposición quirúrgica de dientes	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia junto con extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Alveoloplastia sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Alveoloplastia sin extracciones: uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	Sin cargo	Una vez de por vida
Vestibuloplastia: extensión de rebordes (segunda epitelización)	Sin cargo	Dos cada 60 meses
Vestibuloplastia (incluidos injertos)	Sin cargo	Dos cada 60 meses
Escisión radical: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna, complicada	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión maligna de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de lesión maligna superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extirpación de lesión maligna, complicada	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Eliminación de lesiones: de forma física o química	Sin cargo	Con cobertura
Eliminación de la exostosis: por sitio	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción de torus palatino	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de torus mandibular	Sin cargo	Con cobertura
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	Sin cargo	Una vez de por vida
Resección radical de maxilar o mandíbula	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral, complicado (incluye drenaje de espacios faciales múltiples)	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de cuerpo extraño de mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	Sin cargo	Con cobertura
Extracción de cuerpos extraños que producen reacciones, sistema musculoesquelético	Sin cargo	Con cobertura
Ostectomía/ sequestectomía parcial para la extracción de hueso no vital	Sin cargo	Con cobertura
Maxilotomía de sinotomía para la extracción de fragmento de diente o cuerpo extraño	Sin cargo	Con cobertura
Maxilar: reducción abierta (dientes inmovilizados, si los hay)	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Maxilar: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si los hay)	Sin cargo	Con cobertura
Mandíbula: reducción abierta (dientes inmovilizados, si los hay)	Sin cargo	Con cobertura
Mandíbula: reducción cerrada (dientes inmovilizados, si los hay)	Sin cargo	Con cobertura
Hueso malar o arco cigomático: reducción abierta	Sin cargo	Con cobertura
Hueso malar o arco cigomático: reducción cerrada	Sin cargo	Con cobertura
Alvéolo: reducción cerrada, puede incluir estabilización de los dientes	Sin cargo	Con cobertura
Alvéolo: reducción abierta, puede incluir estabilización de los dientes	Sin cargo	Con cobertura
Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples abordajes quirúrgicos	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Maxilar: reducción abierta	Sin cargo	Con cobertura
Maxilar: reducción cerrada	Sin cargo	Con cobertura
Mandíbula: reducción abierta	Sin cargo	Con cobertura
Mandíbula: reducción cerrada	Sin cargo	Con cobertura
Hueso malar o arco cigomático: reducción abierta	Sin cargo	Con cobertura
Hueso malar o arco cigomático: reducción cerrada	Sin cargo	Con cobertura
Alvéolo, estabilización de reducción abierta de los dientes	Sin cargo	Con cobertura
Alvéolo, estabilización de reducción cerrada de los dientes	Sin cargo	Con cobertura
Huesos faciales: reducción complicada con fijación y múltiples abordajes	Sin cargo	Con cobertura
Reducción abierta de dislocación	Sin cargo	Con cobertura
Reducción cerrada de dislocación	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Manipulación bajo anestesia	Sin cargo	Con cobertura
Condilectomía	Sin cargo	Con cobertura
Discectomía quirúrgica, con/sin implante	Sin cargo	Dos de por vida
Reparación de discectomía	Sin cargo	Dos de por vida
Sinovectomía	Sin cargo	Dos de por vida
Miotomía	Sin cargo	Dos de por vida
Reconstrucción de articulación	Sin cargo	Dos de por vida
Artrotomía	Sin cargo	Dos de por vida
Artroplastia	Sin cargo	Dos de por vida
Artrocentesis	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Artroscopia: diagnóstico, con o sin biopsia	Sin cargo	Dos de por vida
Artroscopia: lavado y lisis de adherencias	Sin cargo	Dos de por vida
Artroscopia: reposición y estabilización de disco	Sin cargo	Dos de por vida
Artroscopia: sinovectomía	Sin cargo	Dos de por vida
Artroscopia: discectomía	Sin cargo	Dos de por vida
Artroscopia: desbridamiento	Sin cargo	Dos de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Dispositivos ortésicos oclusales, por informe	Sin cargo	1 cada 12 meses
Tratamiento no especificado de trastornos de la ATM, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Sutura complicada, hasta 5 cm	Sin cargo	Con cobertura
Sutura complicada, más de 5 cm	Sin cargo	Con cobertura
Sutura de heridas pequeñas, hasta 5 cm	Sin cargo	Con cobertura
Injerto de piel (identificación de defecto cubierto, ubicación y tipo de injerto)	Sin cargo	Con cobertura
Osteoplastia: para deformidades ortognáticas	Sin cargo	Con cobertura
Osteotomía: ramas mandibulares	Sin cargo	Con cobertura
Osteotomía: ramas mandibulares con injerto óseo; incluye obtención del injerto	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Osteotomía: segmentada o subapical, por sextante o cuadrante	Sin cargo	Con cobertura
Osteotomía: cuerpo de la mandíbula	Sin cargo	Con cobertura
Le Fort I (maxilar - total)	Sin cargo	Con cobertura
Le Fort I (maxilar - segmentado)	Sin cargo	Con cobertura
Le Fort II o Le Fort III (osteoplastia de huesos faciales para hipoplasia o retrusión de la parte media de la cara): sin injerto óseo	Sin cargo	Con cobertura
Le Fort II o Le Fort III: con injerto óseo	Sin cargo	Con cobertura
Injerto óseo, óseo perióstico o cartilaginoso de la mandíbula o el maxilar: autógeno o no autógeno, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Aumento de senos nasales	Sin cargo	Con cobertura
Aumento de senos nasales a través de un enfoque vertical	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta, por sitio	Sin cargo	Con cobertura
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	Sin cargo	Tres de por vida
Frenectomía lingual (frenulectomía)	Sin cargo	Tres de por vida
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	Sin cargo	Dos de por vida
Extirpación de encía pericoronar	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	Sin cargo	Dos de por vida
Sialolitotomía quirúrgica	Sin cargo	Con cobertura
Escisión de glándulas salivales, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Sialodocoplastia	Sin cargo	Con cobertura
Cierre de fístula salival	Sin cargo	Con cobertura
Traqueotomía de emergencia	Sin cargo	Con cobertura
Coronoidectomía	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción de dispositivos (no por el dentista que colocó el dispositivo), incluye la extracción de arcobar	Sin cargo	Con cobertura
Colocación intraoral de dispositivo de fijación, no junto con fractura	Sin cargo	Con cobertura
Procedimiento quirúrgico bucal no especificado, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Servicios generales suplementarios		
Tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta	Sin cargo	Dos cada 12 meses
División de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local que no se brinde en conjunto con procedimientos operativos o quirúrgicos * No se puede facturar por separado del servicio principal.	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios generales suplementarios		
Anestesia por bloqueo regional * No se puede facturar por separado del servicio principal.	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia por bloqueo de división trigeminal * No se puede facturar por separado del servicio principal.	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia local * No se puede facturar por separado del servicio principal.	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia profunda/ sedación general: primeros 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Anestesia general/sedación profunda - cada 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Inhalación de óxido nitroso/ ansiólisis con analgesia	Sin cargo	Con cobertura
Sedación/anestesia intravenosa moderada (consciente): primeros 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios generales suplementarios		
Sedación intravenosa moderada (consciente): 15 minutos	Sin cargo	Con cobertura
Sedación consciente no intravenosa. Esto incluye sedación mínima y moderada no intravenosa.	Sin cargo	Con cobertura
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Consulta con profesionales de atención médica	Sin cargo	Una vez cada 7 días
Visita domiciliaria/visita a centro de atención prolongada	Sin cargo	Con cobertura
Visita a hospital o centro quirúrgico ambulatorio	Sin cargo	Con cobertura
Consulta presencial para observación (durante el horario programado regularmente): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios generales suplementarios		
Consulta presencial: después del horario programado regularmente	Sin cargo	Con cobertura
Inyección de medicamento terapéutico, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Inyección de medicamento terapéutico - 2 o más medicamentos, por informe	Sin cargo	Con cobertura
Aplicación de medicamento desensibilizante	Sin cargo	Con cobertura
Protector oclusal: dispositivo duro, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Protector oclusal: dispositivo blando, arco completo	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Protector oclusal: dispositivo duro, arco parcial	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ajuste oclusivo: limitado	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusivo: completo	Sin cargo	Con cobertura
Servicios de traducción certificada o de lenguaje de señas, por consulta	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Servicios generales suplementarios

Administración de casos dentales: análisis de los obstáculos para cumplir con las citas	Sin cargo	Con cobertura
Teleodontología sincronizada; encuentro en tiempo real	Sin cargo	Con cobertura
Teleodontología no sincronizada; información almacenada y enviada a un dentista para revisión posterior	Sin cargo	Con cobertura
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	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la vista	Exámenes de la vista	Coseguro del 0% o 20% para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.*	
		Copago de \$0 para lo siguiente que no está cubierto por Medicare. (Examen de la vista de rutina para anteojos).	Puede hacerse un examen de la vista (de rutina) no cubierto por Medicare cada año.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la vista (continuación)	Anteojos	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	
		Copago de \$0 para anteojos (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$350 por año como máximo.	Incluye lentes de contacto y anteojos.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental	Atención de la salud mental para pacientes internados	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.</p> <p>En 2026, los montos para cada período de beneficios son de \$0* o: un deducible de \$1,736.</p> <p>Días 1 a 60: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: copago de \$434 por día.</p>	Se requiere autorización.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental (continuación)	Atención de la salud mental para pacientes internados (continuación)	Día 91 en adelante: copago de \$868 por día de reserva de por vida. Después de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.	Se requiere autorización.
Necesita atención de la salud mental (continuación)	Atención de salud mental para pacientes externos	Salud mental: Dentro de la red: coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta presencial o por telesalud. Fuera de la red: coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental <i>(continuación)</i>	Atención de salud mental para pacientes externos	<p>Servicios de psiquiatría:</p> <p>Dentro de la red: coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal en una consulta presencial o por telesalud.</p> <p>Fuera de la red: coseguro del 0% o del 20%* para cada sesión individual o grupal.</p>	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de rehabilitación o de enfermería especializada	Centro de enfermería especializada	<p>En 2026*, los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Días 1 a 20: copago de \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: copago de \$217 por día.</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Se requiere una hospitalización previa de 3 días.</p> <p>Se requiere autorización.</p>
Necesita terapia para pacientes externos	Fisioterapia	<p>Dentro de la red: coseguro del 0% o del 20% para cada consulta*</p> <p>Fuera de la red: coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*</p>	Se requiere autorización.

*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Ambulancia	Coseguro del 0% o del 20% por cada viaje de ida o vuelta.*	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 24 viajes de ida o vuelta por año por motivos médicos.	Puede tomar un taxi, autobús, metro, camioneta o automóvil compartido.
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 0% o del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare.* Hasta \$35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

*Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Parte D de Medicare	
Prima de la Parte D	\$0 o \$22.70 por mes.
Deducible de la Parte D	La mayoría de los miembros de Elderplan para Beneficiarios de Medicaid reciben “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta. Para 2026, el deducible de la Parte D es de \$615. Si recibe Ayuda adicional, el monto del deducible depende del nivel de Ayuda adicional que reciba; usted pagará un deducible de \$0 por el deducible de la Parte D. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.
Etapas de cobertura inicial: suministro para un mes (30 días) y suministro extendido (hasta 90 días) *^†Ω	
Para los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos):	Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: Copago de \$0 o copago de \$1.60 o copago de \$5.10 o el 25% del costo

Resumen de beneficios – **Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026**

Parte D de Medicare	
Para todos los demás medicamentos:	Según su Ayuda adicional, usted paga lo siguiente: Copago de \$0 o copago de \$4.90 o copago de \$12.65 o el 25% del costo
<p>* Suministro para un mes por costo compartido para farmacia minorista estándar (dentro de la red), atención a largo plazo (31 días) y fuera de la red. Suministro extendido para farmacia minorista estándar (dentro de la red) y costo compartido de pedido por correo.</p> <p>^ También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).</p> <p>† NDS: suministro en días no extendido. Ciertos medicamentos especializados se limitan a un suministro para 30 días por surtido.</p> <p>Ω Usted no pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido de los medicamentos de la Parte B y D, incluso si no ha pagado el deducible.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$2,100, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p>	

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid
(HMO-POS D-SNP) 2026

Parte D de Medicare	
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	
Una vez que los “gastos no cubiertos” lleguen a un total de \$2,100, usted permanece en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.	
Cobertura en situaciones catastróficas	Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita equipos y suministros médicos	Suministros para la diabetes	Copago de \$0 para los suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.	Las tiras reactivas para diabéticos y los medidores de glucosa en sangre se limitan a determinados fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

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

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Otros beneficios cubiertos

Necesita equipos y suministros médicos (continuación)	Suministros médicos	Coseguro del 0% o del 20% para suministros médicos.*	Se requiere autorización.
	Dispositivos protésicos (prótesis para extremidades o dispositivos ortopédicos)	Coseguro del 0% o del 20% para dispositivos protésicos.*	Se requiere autorización.
Necesita servicios de rehabilitación	Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Dentro de la red Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.* Fuera de la red Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Coseguro del 0% o del 20% para cada consulta.*	Se requiere autorización.

* Si es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Más beneficios con su plan

Servicios de acupuntura expandidos

Copago de \$0 por consulta. Puede realizar hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios:

- Acupuntura
- Ventosas o moxa
- Acupresión
- Tui Na
- Gua Sha
- Reflexología
- Terapia de rayos infrarrojos

Juegos mentales con BrainHQ®

No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral a través de juegos, rompecabezas y otros ejercicios divertidos.

Resumen de beneficios – **Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026**

Más beneficios con su plan	
Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la Tarjeta Flex. Usted recibirá una tarjeta de débito con \$500 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de la vista, auditivos o ejercicio físico. Todo el dinero de los beneficios que no se use expirará al final del año calendario 2026 o si se da de baja del plan.
Productos de venta libre (OTC)	Usted puede comprar hasta \$660 por trimestre (3 meses) de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.
OTC + alimentos + comidas + pagos de servicios + asistencia para la renta o hipoteca	Para los miembros que reúnen los requisitos (con determinadas enfermedades crónicas), los beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos se combina con el beneficio para los OTC a fin de incluir los pagos de renta/hipoteca, servicios, internet, ciertos alimentos y comidas a domicilio como parte de la asignación OTC.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Más beneficios con su plan	
Servicios de podiatría suplementarios	<p>Dentro de la red: copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p> <p>Fuera de la red: copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 12 consultas de atención para los pies de rutina por año.</p>

Más beneficios con su plan	
Programa de ejercicio físico Silver&Fit®	Los miembros tienen acceso al Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® sin costo alguno. Bajo este programa, los miembros pueden acceder a los centros de ejercicio físico participantes sin costo. Además, los miembros pueden elegir 1 (un) kit de ejercicio físico en el hogar por año de beneficios sin costo alguno. Los miembros también pueden acceder a otras funciones del programa Silver&Fit, incluidos miles de videos de ejercicios a pedido, eventos virtuales a través del club de bienestar y sesiones de entrenamiento especializadas. El número gratuito de Silver&Fit es 1-877-427-4788 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Más beneficios con su plan

Teladoc®

A un costo compartido de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana por videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora.

Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.

Cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia, servicios de urgencia

El costo compartido para la cobertura internacional de servicios de emergencia, transporte de emergencia o servicios de urgencia es de \$0. El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.

Sección III: Resumen de beneficios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

Es posible que haya algunos servicios para los que usted sea elegible en Medicaid, pero que no estén cubiertos por Elderplan para Beneficiarios de Medicaid. Puede acceder a estos servicios a través de cualquier proveedor que acepte Medicaid con su tarjeta de beneficios de Medicaid.

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, use la información a continuación para comunicarse con su correspondiente Oficina de Servicios Sociales del Departamento de Salud del Estado de New York. Le pedimos que consulte la tabla de contacto de Medicaid.

Los siguientes servicios no están cubiertos por Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid:

Beneficios de Medicaid

Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

Entrega de comidas a domicilio o comidas en lugares de congregación

Atención diurna social

Apoyos sociales y ambientales

Atención en un hogar de personas mayores (centro de atención médica residencial)

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios de Medicaid

Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

Cuidados en el hogar

- a. Enfermería
- b. Auxiliar de atención de la salud en el hogar
- c. Fisioterapia (PT)
- d. Terapia ocupacional (OT)
- e. Patología del habla (SP)
- f. Servicios médicos y sociales

Atención médica diurna para adultos

Atención personal

Equipo médico duradero (DME), incluidos suministros médicos y quirúrgicos, fórmulas enterales y parenterales, baterías para audífonos, calzado ortopédico, protésico y ortésico. Fórmulas enterales limitadas a la alimentación por sonda nasogástrica, de yeyunostomía o de gastrostomía; o tratamiento de un error congénito del metabolismo.

Sistema personal de respuesta ante emergencias

Transporte que no sea de emergencia

Podiatría

Odontología

Optometría/anteojos

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios de Medicaid

Servicios de Medicaid no cubiertos por Elderplan

Los servicios de rehabilitación para pacientes externos indicados por un médico u otro profesional certificado, como fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST), están cubiertos por ser médicamente necesarios (sin límites en la cantidad de consultas).

Audiología/audífonos

Terapia respiratoria

Nutrición

Atención de enfermería privada

Servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

Pago por servicio de Medicaid

Servicios hospitalarios para pacientes internados

Servicios hospitalarios para pacientes externos

Servicios médicos, incluidos los servicios brindados en un consultorio, una clínica, un centro o en el hogar

Servicios de laboratorio

Servicios de radiología y radioisótopos

Transporte de emergencia

Servicios de clínicas de salud rurales

Diálisis renal crónica

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Beneficios de Medicaid

Pago por servicio de Medicaid

Servicios de salud mental

Servicios para tratar alcoholismo y abuso de sustancias

Servicios de la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD)

Servicios de planificación familiar

Medicamentos con y sin receta, recetas preparadas

Todos los otros servicios enumerados en el Título XIX del Plan de Estado



Puede haber otros servicios disponibles para usted a los que puede acceder a través del pago por servicio de Medicaid.

Información de contacto del programa New York State Medicaid

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
LLAME AL	<p>Línea de ayuda de Medicaid de la HRA. 1-888-692-6116</p> <p>Condado de Nassau: 516-227-8000</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.</p> <p>Ciudad de New York: 718-557-1399</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.</p> <p>Condado de Putnam: (845) 808-1500</p> <p>De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m.</p> <p>Condado de Westchester: 914-995-3333</p> <p>Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.</p>

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Método	Información de contacto del Departamento de Salud del Estado de New York (Servicios Sociales)
ESCRIBA A	New York City Human Resources Administration Medical Assistance Program Correspondence Unit 785 Atlantic Avenue 1st Floor Brooklyn, NY 11238 Nassau County Department of Social Services 60 Charles Lindbergh Boulevard Uniondale, NY 11553 Putnam County DSS 110 Old Route Six, Carmel, New York 10512-2110 Westchester County Department of Social Services 85 Court Street White Plains, NY 10601
SITIO WEB	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

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 eficiente con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes de lenguaje de señas calificados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes calificados;
 - información escrita en otros idiomas.

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

Elderplan, Inc.
ATTN Civil Rights Coordinator
55 Water Street, 46th Floor
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 EE. UU., de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono:

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

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

English: Elderplan, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a non-English language or require interpretation assistance, language assistance services and appropriate auxiliary aids are available to you free of charge. If you need these services or have questions about our plan, call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Spanish: Elderplan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla en un idioma que no es inglés o requiere asistencia de interpretación, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística y las ayudas auxiliares adecuadas de forma gratuita. Si necesita estos servicios o tiene preguntas sobre nuestro plan, llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Chinese: Elderplan, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障情況或性別而歧視任何人。請注意：如果您說英語以外的語言或需要口譯協助，我們將免費為您提供語言協助服務和適當的輔助工具。如果您需要這些服務或對我們的計劃有疑問，請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

Albanian: Elderplan, Inc. u përmbahet ligjeve të zbatueshme federale për të drejtat civile, ndaj nuk ju diskriminon në bazë të racës, ngjyrës, origjinës kombëtare, moshës, aftësive të kufizuara ose seksit. VËMENDJE: Nëse flisni një gjuhë tjetër që nuk është anglisht ose nëse keni nevojë për shërbime përkthimi, për ju ofrohen falas shërbime të ndihmës gjuhësore dhe mjete ndihmëse të përshtatshme. Nëse keni nevojë për këto shërbime ose nëse keni pyetje rreth planit tonë, telefononi 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Arabic

لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز على أساس العرق أو اللون أو الأصل Elderplan Inc. تمتثل للقومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. تنبيه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في الترجمة الفورية، فإن خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات المعينة المناسبة متاحة لك مجاناً. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات أو كانت لديك أسئلة حول خطتنا، فاتصل بالرقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Bengali: Elderplan, Inc. প্রযোজ্য ফেডারেল নাগরিক অধিকার আইন মেনে চলে এবং জাতি, বর্ণ, জাতীগত উৎপত্তি, বয়স, অক্ষমতা বা লিঙ্গের ভিত্তিতে বৈষম্য করে না। লক্ষ্য করুন: যদি আপনি ইংরেজি ছাড়া অন্য কোনো ভাষায় কথা বলেন বা দোভাষী সহায়তার প্রয়োজন হয়, আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং প্রয়োজনীয় সহায়ক উপকরণ উপলব্ধ আছে। আপনার যদি এই পরিষেবাগুলির প্রয়োজন হয় বা আমাদের পরিকল্পনা সম্পর্কে প্রশ্ন থাকে তবে 1-800-353-3765 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন।

French: Elderplan, Inc. se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. ATTENTION : Si vous parlez une langue autre que l'anglais ou si vous avez besoin d'une assistance d'interprétation, des services d'assistance linguistique et des aides auxiliares appropriées sont à votre disposition gratuitement. Si vous avez besoin de ces services ou si vous avez des questions sur notre régime d'assurance maladie, appelez le 1-800-353-3765 (TTY : 711).

German: Elderplan, Inc. hält alle geltenden Bundesbürgerrechtsgesetze ein und diskriminiert nicht aufgrund von Ethnie, Hautfarbe, nationaler Herkunft, Alter, Behinderung oder Geschlecht. HINWEIS: Wenn Sie eine andere als die englische Sprache sprechen oder einen Dolmetscher benötigen, stehen Ihnen Sprachassistentendienste und geeignete Hilfsmittel kostenlos zur Verfügung. Falls Sie solche Dienste benötigen oder Fragen zu unserem Plan haben, rufen Sie uns bitte unter der Nummer +1-800-353-3765 (TTY: 711) an.

Greek: Η Elderplan, Inc. συμμορφώνεται με τους ισχύοντες ομοσπονδιακούς νόμους περί πολιτικών δικαιωμάτων και δεν κάνει διακρίσεις με βάση τη φυλή, το χρώμα, την εθνική καταγωγή, την ηλικία, την αναπηρία ή το φύλο. ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε άλλη γλώσσα εκτός από τα αγγλικά ή χρειάζεστε τη βοήθεια διερμηνείας, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης και κατάλληλα βοηθητικά μέσα. Εάν χρειάζεστε αυτές τις υπηρεσίες ή έχετε ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμά μας, καλέστε στο 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Haitian Creole: Elderplan, Inc. konfòme l avèk lwa Federal sou dwa sivil ki aplikab yo epi li pa fè diskriminasyon sou baz ras, koulè, orijin nasyonal, laj, andikap oswa sèks. ATANSYON: Si ou pale yon lang ki pa Angle oswa ou bezwen asistans entèprèt, sèvis asistans lang ak èd oksilyè ki apwopriye yo disponib pou ou gratis. Si ou bezwen sèvis sa yo oswa ou gen kesyon sou plan nou an, rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Hindi: Elderplan, Inc. लागू संघीय नागरिक अधिकार कानूनों का अनुपालन करता है और नस्ल, रंग, राष्ट्रीय मूल, उम्र, विकलांगता या लिंग के आधार पर भेदभाव नहीं करता है। ध्यान दें: यदि आप एक गैर-अंग्रेजी भाषा बोलते हैं या आपको भाषांतरण सहायता की आवश्यकता है, तो भाषा सहायता सेवाएँ और उपयुक्त सहायक उपकरण आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको इन सेवाओं की आवश्यकता है या हमारी योजना के बारे में प्रश्न हैं, तो 1-800-353-3765 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Italian: Elderplan, Inc. è conforme a tutte le leggi federali vigenti in materia di diritti civili e non pone in essere discriminazioni sulla base di razza, colore, origine nazionale, età, disabilità o sesso. ATTENZIONE: Se parla una lingua diversa dall'inglese o ha bisogno dell'assistenza di un interprete, può usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica e di appositi supporti ausiliari. Se necessita di questi servizi o ha domande sul nostro piano, chiami il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Japanese: Elderplan, Inc. は適用される連邦公民権法を遵守し、人種、肌の色、出身国、年齢、障害、性別に基づいて差別しません。注意：英語以外の言語を話す場合や通訳のサポートが必要な場合は、言語サポートサービスと適切な補助器具を無料でご利用いただけます。これらのサービスが必要な場合、または当社のプランについてご質問がある場合は、1-800-353-3765 (TTY: 711) までお電話ください。

Korean: Elderplan, Inc.는 해당 연방 민권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별을 근거로 차별하지 않습니다. 주의: 영어 이외의 언어를 구사하거나 통역 지원이 필요한 경우 언어 지원 서비스 및 적절한 보조 장치를 무료로 이용할 수 있습니다. 이러한 서비스가 필요하거나 플랜에 대해 질문이 있는 경우 1-800-353-3765 (TTY: 711) 로 전화하십시오.

Polish: Elderplan, Inc. przestrzega obowiązujących federalnych przepisów dotyczących praw obywatelskich i nie dyskryminuje ze względu na rasę, kolor skóry, pochodzenie narodowe, wiek, niepełnosprawność ani płeć. UWAGA: Jeśli mówisz w języku innym niż angielski lub potrzebujesz pomocy tłumacza, możesz bezpłatnie skorzystać z usług pomocy językowej i odpowiednich narzędzi pomocniczych. Jeśli potrzebujesz tych usług lub masz pytania dotyczące naszego planu, zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Portuguese: A Elderplan, Inc. cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência ou sexo. ATENÇÃO: Se fala uma língua diferente do inglês ou necessita de assistência de interpretação, estão disponíveis gratuitamente serviços de assistência linguística e recursos auxiliares apropriados. Se precisar destes serviços ou tiver dúvidas sobre o nosso plano, ligue para 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Punjabi: Elderplan, Inc. ਲਾਗੂ ਸੰਘੀ ਨਾਗਰਿਕ ਅਧਿਕਾਰ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਸਲ, ਰੰਗ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੂਲ, ਉਮਰ, ਅਪਾਹਜਤਾ, ਜਾਂ ਲਿੰਗ ਦੇ ਆਧਾਰ 'ਤੇ ਵਿਤਕਰਾ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਭਾਸ਼ਾ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਵਿਆਖਿਆ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਉਚਿਤ ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹਨਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਾਂ ਸਾਡੀ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਈ ਸਵਾਲ ਹਨ, ਤਾਂ 1-800-353-3765 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Russian: Компания Elderplan, Inc. соблюдает применимое федеральное законодательство в области гражданских прав и не допускает дискриминации по признакам расы, цвета кожи, национальной принадлежности, возраста, инвалидности или пола. ВНИМАНИЕ: Если вы не говорите на английском языке или вам нужна помощь переводчика, вам будут бесплатно предоставлены услуги языковой помощи и соответствующие вспомогательные средства. Если вам нужны такие услуги или у вас есть вопросы о нашем плане, позвоните по номеру 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Tagalog: Sumusunod ang Elderplan, Inc. sa naaangkop na mga batas sa Pederal na mga karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan, o kasarian. ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng wikang hindi Ingles o nangangailangan ng tulong sa interpretasyon, ang mga serbisyo ng tulong sa wika at naaangkop na mga pantulong na tulong ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ang mga serbisyo ng ito o may mga tanong tungkol sa aming plano, tawagan ang 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Urdu

Elderplan/HomeFirst قابل اطلاق وفاقی شہری حقوق کے قوانین کی تعمیل کرتا ہے اور نسل، رنگ، قومیت، عمر، معذوری، یا جنس کی بنیاد پر امتیازی سلوک نہیں کرتا۔ توجہ: اگر آپ غیر انگریزی زبان بولتے ہیں یا تشریح میں مدد کی ضرورت ہے تو، زبان کی مدد کی خدمات اور مناسب معاون امداد آپ کے لئے مفت دستیاب ہیں۔ اگر آپ کو ان خدمات کی ضرورت ہے یا ہمارے منصوبے کے بارے میں سوالات ہیں تو، (TTY: 711) 1-800-353-3765 پر کال کریں۔

Vietnamese: Elderplan, Inc. tuân thủ luật dân quyền Liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính. CHÚ Ý: Nếu quý vị nói ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc cần được hỗ trợ thông dịch thì chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ và các phương tiện phụ trợ phù hợp miễn phí cho quý vị. Nếu quý vị cần những dịch vụ này hoặc có thắc mắc về chương trình của chúng tôi, hãy gọi số 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Yiddish

Elderplan, Inc. פאָלגט די אָנווענדלעכע פעדעראלע ציווילע רעכט געזעצן און דיסקרימינירט נישט אויף דער באַזע פון ראַסע, קאָליר, נאַציאָנאַלער אָפּשטאַם, עלטער, דיסאַביליטי, אָדער געשלעכט. ופּמערקזאַמקייט: אויב איר רעדט אַ נישט-ענגלישע שפּראַך אָדער דאַרפֿט הילף מיט איבערזעצונג, זענען שפּראַך הילף באַדינונגען און פּאַסיק הילפּסמיטלען בנימצא פֿאַר אַינך אָן קיין אָפּצאָל. אויב איר דאַרפֿט די סערוויסעס אדער האָט פֿראַגעס וועגן אונדזער פּלאַן, רופֿט אָן 1-800-353-3765 (TTY: 711)

Lista de verificación para la preinscripción

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

Comprenda los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.elderplan.org o llame al **1-800-353-3765** para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una nueva para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Resumen de beneficios – Elderplan para Beneficiarios de Medicaid (HMO-POS D-SNP) 2026

Comprenda las normas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el **1 de enero de 2027**.
- ☐ Nuestro plan le permite ver a los proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor tiene que aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención.
- ☐ 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.
- ☐ Su cobertura médica y de medicamentos con receta se compararon con su cobertura de seguro actual. Se convertirá en miembro de Elderplan cuando se verifique su inscripción y deje de tener cobertura con su plan actual.

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

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

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

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