

2020



Resumen de beneficios

Elderplan Extra Help (HMO)

del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Resumen de beneficios

para Elderplan Extra Help (HMO)

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester

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

Índice

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios	4
Sección II: Resumen de beneficios	10

Sección I: Introducción al Resumen de beneficios

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

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 2020 de Elderplan Extra Help (HMO). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

EN ESTE FOLLETO, DESCRIBIMOS

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PLAN

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ELDERPLAN

¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

- INFORMACIÓN ÚTIL SOBRE MEDICARE
- INFORMACIÓN ACERCA DE ELDERPLAN EXTRA HELP

SECCIÓN II: RESUMEN DE BENEFICIOS

- PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y COSTOS MÁXIMOS QUE PAGA DE SU BOLSILLO
- BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS
- BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA
- BENEFICIOS ADICIONALES

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ELDERPLAN

HORARIO DE ATENCIÓN DE ELDERPLAN EXTRA HELP

- Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 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 EXTRA HELP

- Si está inscrito en 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 está inscrito en 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 en español gratuitamente. Para obtener información adicional, llame a Servicios para los Miembros al 1-800-353-3765. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 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 necesitan información del plan en otro idioma o formato.

¿QUIÉN PUEDE INSCRIBIRSE?

Para inscribirse en Elderplan Extra Help (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio.

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

INFORMACIÓN ÚTIL

Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare mediante un plan de salud de Medicare (por ejemplo, Elderplan Extra Help (HMO)).

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan Extra Help y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You”** (Medicare y usted). Puede consultarlo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto sobre su Resumen de beneficios. O bien utilice el buscador de planes de Medicare que está disponible en <http://www.medicare.gov>.

INFORMACIÓN ACERCA DE ELDERPLAN EXTRA HELP

Requisitos de elegibilidad para nuestro plan

Para ser elegible para ser miembro de nuestro plan, usted debe:

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- y -- Vivir en nuestra área geográfica de servicio: Bronx, Kings, New York, Queens y Westchester.
- -- y -- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los Estados Unidos.
- -- y -- No padecer enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Extra Help (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si consulta a los proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios, excepto en casos de emergencia. Como norma general, debe usar las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D. Puede consultar el Directorio de proveedores y farmacias del plan en nuestro sitio web www.elderplan.org, o bien puede llamarnos y solicitarnos que le enviemos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

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

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

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

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

El monto que usted paga por los medicamentos depende del medicamento que tome, de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre y de los niveles de costo compartido del plan.

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son: Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

- Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (nivel de costo compartido más bajo)
- Nivel 2: Medicamentos genéricos
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos
- Nivel 5: medicamentos de nivel especializados (nivel de costo compartido más alto)

Hay programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Entre estos programas, se incluyen el programa de “Ayuda adicional” y los Programas estatales de asistencia farmacéutica. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura (*Sección 7 del Capítulo 2*).

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Extra Help.

Elderplan Extra Help (HMO)	
Prima mensual del plan	<p>\$23.80 por mes para la prima de la Parte D. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible	<p>\$0</p> <p>Este plan no tiene deducible de la Parte B.</p> <p>Sin embargo, el plan sí tiene un deducible para ciertos tipos de servicios médicos y medicamentos con receta de la Parte D.</p>
Responsabilidad máxima que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$6,700</p> <p>Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los costos que paga de su bolsillo por la atención médica y hospitalaria que reciba.</p> <p>Si alcanza los costos máximos que paga de su bolsillo, pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios durante el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando las primas mensuales y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>Nuestro plan tiene límites de cobertura anuales para ciertos beneficios dentro de la red. Póngase en contacto con nosotros para conocer los servicios que corresponden.</p>

Elderplan Extra Help (HMO)	
Cobertura para pacientes internados	<p>Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Además, cubre 60 “días de reserva de por vida”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización dura más de 90 días, puede usar estos días adicionales. Una vez utilizados estos 60 días adicionales, la cobertura para pacientes internados estará limitada a 90 días.</p> <p>Los siguientes son montos de costo compartido que corresponden a 2019 y pueden cambiar en 2020. Elderplan Extra Help (HMO) proporcionará tarifas actualizadas ni bien se publiquen.</p> <p>Los montos para cada período de beneficios son:</p> <p>Deducible de \$1,364.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por día.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$341 por día.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$682 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>

Elderplan Extra Help (HMO)	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados (continuación)	<p>Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere de autorización.</p> <p>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos	<p>No se requiere coseguro ni copago para servicios de laboratorio.</p> <p>Coseguro del 20% para cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios hospitalarios para pacientes externos. • Servicios de hospitalización parcial. Se requiere de autorización. • Procedimientos/exámenes de diagnóstico para pacientes externos. • Servicios de radiografías. • Servicios de radiología de diagnóstico. 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).

Elderplan Extra Help (HMO)	
Cobertura hospitalaria para pacientes externos (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología terapéutica. • Dispositivos protésicos o suministros médicos. Se requiere de autorización. • Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Se requiere autorización para determinados artículos.
Visitas al consultorio (Proveedores de atención primaria y especialistas)	<p>Copago de \$0 para consultas a médicos de atención primaria.</p> <p>Copago de \$40 para consultas a un especialista.</p> <p>Coseguro del 20% para los servicios de otros profesionales de atención médica (como auxiliares médicos, enfermeros practicantes, trabajadores sociales, fisioterapeutas y psicólogos). Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar facturadas directamente por un enfermero practicante o un auxiliar médico.</p>
Atención preventiva	<p>Costo compartido de \$0 para los siguientes servicios preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta anual de bienestar • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)

Elderplan Extra Help (HMO)	
Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)• Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares• Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina• Prueba de detección de cáncer colorrectal• Prueba de detección de depresión• Examen de detección de diabetes• Capacitación para el autocontrol de la diabetes• Prueba de detección del VIH• Inmunizaciones, entre otras: vacunas antigripales, para la hepatitis B y para el neumococo• Servicios de tratamiento médico nutricional• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)• Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida• Pruebas de detección de cáncer de próstata• Prueba de detección y asesoramiento para prevenir el abuso de alcohol

Elderplan Extra Help (HMO)	
Atención preventiva (continuación)	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS • Asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para personas que no presentan signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) • Pueden cubrirse otros servicios preventivos si Medicare los aprueba.
Atención de emergencia	<p>Copago de \$90 para cada consulta.</p> <p>No tiene que pagar este copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>
Servicios de urgencia	<p>Copago de \$35 para cada consulta.</p> <p>No tiene que pagar este copago si ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p>

Elderplan Extra Help (HMO)	
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio de diagnóstico/diagnóstico por imágenes	<p>Copago de \$0 para cada uno de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos.• Servicios de laboratorio. <p>Coseguro del 20% para cada uno de los siguientes servicios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Procedimientos/exámenes de diagnóstico para pacientes externos• Servicios de radiografías.• Servicios de radiología de diagnóstico. 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).• Servicio de terapia ocupacional, física o del habla o del lenguaje.• Se requiere de autorización.• Servicios de radiología terapéutica.• Dispositivos protésicos o suministros médicos. Se requiere de autorización.

Elderplan Extra Help (HMO)	
Servicios auditivos	<p>Coseguro del 20% para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para lo siguiente (una vez cada 3 años):</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen auditivo de rutina no cubierto por Medicare.• Adaptación/evaluación de audífonos• Audífonos (todos los tipos): hasta \$500 en total para un solo oído. <p>Un audífono cada 3 años. Se requiere de autorización de un médico o especialista.</p>

Elderplan Extra Help (HMO)

Servicios odontológicos – Servicios odontológicos preventivos:

La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la American Dental Association.

No se requiere coseguro ni copago para los siguientes servicios odontológicos preventivos:

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO Y PREVENTIVOS

SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Examen bucal periódico	D0120	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal limitado	D0140	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal integral	D0150	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen bucal enfocado en el problema	D0160	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen de seguimiento	D0170	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Examen periodontal integral	D0180	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Serie completa de radiografías	D0210	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Radiografía periapical	D0220	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía periapical: cada placa adicional	D0230	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía oclusal	D0240	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Proyección radiográfica bidimensional	D0250	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: una placa	D0270	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: dos placas	D0272	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: tres placas	D0273	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida: cuatro placas	D0274	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía de aleta de mordida vertical: siete a ocho placas	D0277	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Ortopantomografía	D0330	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía cefalométrica	D0340	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Imágenes fotográficas bidimensionales	D0350	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Profilaxis (limpieza): adultos	D1110	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Profilaxis (limpieza): niños	D1120	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Elderplan Extra Help (HMO)

Servicios odontológicos – Servicios odontológicos integrales:

Coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.

Medicare pagará solo determinados servicios odontológicos que usted reciba mientras está en el hospital. Medicare pagará atención para pacientes internados en un hospital si necesita un procedimiento de emergencia o procedimiento odontológico complicado.

La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la American Dental Association.

†Se necesita remisión para los servicios odontológicos integrales. Para obtener más información sobre las limitaciones y exclusiones, consulte su manual odontológico.

La cobertura de servicios odontológicos integrales complementarios se limita a determinados códigos de servicio seleccionados de las categorías que figuran a continuación:

SERVICIOS INTEGRALES

Servicios de restauración†

SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Empaste de plata: una superficie	D2140	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: dos superficies	D2150	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: tres superficies	D2160	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste de plata: cuatro o más superficies	D2161	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: una superficie, frontal	D2330	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: dos superficies, frontal	D2331	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: tres superficies, frontal	D2332	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios de restauración (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Empaste del color del diente: cuatro o más superficies, frontal	D2335	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Corona del color del diente: frontal	D2390	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: una superficie, posterior	D2391	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: dos superficies, posterior	D2392	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: tres superficies, posterior	D2393	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Empaste del color del diente: cuatro o más superficies, posterior	D2394	Sin cargo	Una vez cada 24 meses, por diente
Incrustación: metálica, una superficie	D2510	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, dos superficies	D2520	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: metálica, tres o más superficies	D2530	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Restauración: metálica, dos superficies	D2542	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	D2620	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	D2630	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: del color del diente	D2710	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: 3/4 del color del diente	D2712	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: del color del diente con metal muy noble	D2720	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: del color del diente con metal predominantemente innoble	D2721	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: del color del diente con metal noble	D2722	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	D2740	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios de restauración (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Corona: porcelana fundida a metal muy noble	D2750	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	D2751	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: porcelana fundida a metal noble	D2752	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal muy noble fundido por completo	D2790	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal predominantemente innoble fundido por completo	D2791	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona: metal noble fundido por completo	D2792	\$250	Una vez cada 60 meses, por diente
Nuevo cementado: incrustación, restauración o carilla	D2910	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Nuevo cementado: corona	D2920	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Recolocación de un fragmento de una pieza dental	D2921	Sin cargo	Una vez cada 6 meses, por diente
Corona de acero inoxidable: diente de leche	D2930	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Corona de acero inoxidable: diente definitivo	D2931	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno fijo	D2951	Sin cargo	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y muñón dental, además de corona	D2952	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Cada perno adicional fabricado a medida: mismo diente	D2953	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Perno y muñón dental prefabricados, además de corona	D2954	\$50	Una vez cada 60 meses, por diente
Servicios de endodencia†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Pulpotomía terapéutica	D3220	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Tratamiento de la pulpa dental: incisivo	D3230	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Tratamiento de la pulpa dental: molar	D3240	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Tratamiento de conducto: incisivo	D3310	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Tratamiento de conducto: premolar	D3320	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios de endodoncia† (continuación)			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Tratamiento de conducto: molar	D3330	\$40	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de conducto: incisivo	D3346	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de conducto: premolar	D3347	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Nuevo tratamiento de conducto: molar	D3348	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: incisivo	D3410	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: premolar, primera raíz	D3421	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: molar, primera raíz	D3425	\$40	Una vez de por vida, por diente
Apicectomía: cada raíz adicional	D3426	\$40	Una vez de por vida, por diente
Cirugía perirradicular sin apicectomía	D3427	\$40	Una vez de por vida, por diente
Empaste retrógrado: por raíz	D3430	\$40	Una vez de por vida, por diente
Servicios de periodoncia†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Gingivectomía: cuatro o más dientes	D4210	\$40	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Cirugía ósea: cuatro o más dientes	D4260	\$300	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Cirugía ósea: de uno a tres dientes	D4261	\$150	Una vez cada 60 meses, por cuadrante
Raspado y alisado radicular periodontal: cuatro o más dientes	D4341	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Raspado y alisado radicular periodontal: de uno a tres dientes	D4342	Sin cargo	Una vez cada 36 meses, por cuadrante
Desbridamiento de toda la boca	D4355	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Mantenimiento periodontal	D4910	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios maxilofaciales – Extraíbles†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Dentadura postiza completa: superior	D5110	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza completa: inferior	D5120	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza completa: superior, inmediata	D5130	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza completa: inferior, inmediata	D5140	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial: superior, de resina	D5211	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial: inferior, de resina	D5212	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial: superior, de metal fundido	D5213	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial: inferior, de metal fundido	D5214	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial unilateral: superior, de metal fundido	D5282	\$300	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial unilateral: inferior, de metal fundido	D5283	\$300	Una vez cada 60 meses
Adaptación de dentadura postiza completa: superior	D5410	Sin cargo	
Adaptación de dentadura postiza completa: inferior	D5411	Sin cargo	
Adaptación de dentadura postiza parcial: superior	D5421	Sin cargo	
Adaptación de dentadura postiza parcial: inferior	D5422	Sin cargo	
Reparación de dentadura postiza rota: dentadura postiza completa	D5510	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente fracturado o faltante: dentadura postiza completa	D5520	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de la base de la dentadura postiza: dentadura postiza parcial	D5610	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación del marco de metal fundido: dentadura postiza parcial	D5620	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación/reemplazo de gancho roto: dentadura postiza parcial, por diente	D5630	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente fracturado: dentadura postiza parcial	D5640	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios maxilofaciales – Extraíbles (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Agregado de diente a dentadura postiza parcial actual	D5650	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de gancho a dentadura postiza parcial actual	D5660	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Nueva base de dentadura postiza completa: superior	D5710	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Nueva base de dentadura postiza completa: inferior	D5711	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Nueva base de dentadura postiza parcial: superior	D5720	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Nueva base de dentadura postiza parcial: inferior	D5721	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza completa: superior, en el consultorio	D5730	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza completa: inferior, en el consultorio	D5731	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza parcial: superior, en el consultorio	D5740	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza parcial: inferior, en el consultorio	D5741	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza completa: superior, en laboratorio	D5750	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza completa: inferior, en laboratorio	D5751	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Revestimiento de dentadura postiza parcial: superior, en laboratorio	D5760	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios maxilofaciales – Extraíbles (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Revestimiento de dentadura postiza parcial: inferior, en laboratorio	D5761	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sobredentadura: completa	Código anterior D5860	Consulte abajo los nuevos códigos para los servicios de sobredentaduras.	
Sobredentadura: parcial	Código anterior D5861		
Sobredentadura completa: superior	Nuevo código D5863	\$300	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura parcial: superior	Nuevo código D5864	\$300	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura completa: inferior	Nuevo código D5865	\$300	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura parcial: inferior	Nuevo código D5866	\$300	Una vez cada 60 meses
Servicios de prostodoncia – Fijas†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Póntico: resina compuesta indirecta	D6210	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal predominantemente innoble fundido	D6211	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: metal noble fundido	D6212	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal muy noble	D6240	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	D6241	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: porcelana fundida a metal noble	D6242	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal muy noble	D6250	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Servicios de prostodoncia – Fijas (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Póntico: resina con metal predominantemente innoble	D6251	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Póntico: resina con metal noble	D6252	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal fundido cementado con resina	D6545	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Restauración del retenedor: metal muy noble fundido, dos superficies	D6610	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina compuesta indirecta	D6710	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal muy noble	D6720	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal predominantemente innoble	D6721	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: resina con metal noble	D6722	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana/cerámica	D6740	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal muy noble	D6750	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal predominantemente innoble	D6751	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: porcelana fundida a metal noble	D6752	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal muy noble fundido por completo	D6790	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal predominantemente innoble fundido por completo	D6791	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Retenedor: metal noble fundido por completo	D6792	\$300	Una vez cada 60 meses, por diente
Nuevo cementado: por unidad	D6930	Sin cargo	

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Cirugía y servicios maxilofaciales†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Extracción de rutina	D7140	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción quirúrgica	D7210	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción: diente retenido en tejido blando	D7220	Sin cargo	Una vez de por vida, por diente
Extracción: diente retenido parcialmente en tejido óseo	D7230	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción: diente retenido por completo en tejido óseo	D7240	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción: diente retenido por completo en tejido óseo con complicaciones	D7241	\$100	Una vez de por vida, por diente
Extracción radicular	D7250	\$100	Una vez de por vida, por diente
Cierre de fístula oroantral	D7260	\$100	Una vez de por vida, por diente
Exposición de un diente retenido	D7280	\$100	Una vez de por vida, por diente
Movilización de diente retenido o mal ubicado para lograr su erupción	D7282	\$100	Una vez de por vida, por diente
Alveoloplastia: con extracciones	D7310	Sin cargo	Una vez de por vida, por cuadrante
Alveoloplastia: sin extracciones	D7320	Sin cargo	Una vez cada 12 meses, por cuadrante
Vestibuloplastia	D7340	\$100	
Extracción de lesión benigna: <1.25 cm	D7410 Códigos médicos: 40810, 40812, 40814	\$100	
Extracción de lesión benigna: >1.25 cm	D7411 Códigos médicos: 21034, 21044	\$100	
Extracción de lesión maligna: <1.25 cm	D7440 Códigos médicos: 21034, 21044	\$100	
Extracción de lesión maligna: >1.25 cm	D7441 Códigos médicos: 21034, 21044	\$100	

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)			
SERVICIOS INTEGRALES (continuación)			
Cirugía y servicios maxilofaciales (continuación)†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Extracción de quiste benigno: <1.25 cm	D7450 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827	\$100	
Extracción de quiste benigno: >1.25 cm	D7451 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827	\$100	
Extracción de quiste benigno que no compromete la estructura dental: <1.25 cm	D7460 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827	\$100	
Extracción de quiste benigno que no compromete la estructura dental: >1.25 cm	D7461 Códigos médicos: 41825, 41826, 41827	\$100	
Extirpación de exostosis lateral (superior o inferior)	D7471 Códigos médicos: 21031, 21032	\$100	
Extirpación de rodete mandibular en maxilar inferior	D7473	\$100	
Incisión o drenaje: intrabucal	D7510	\$100	
Incisión o drenaje: extrabucal	D7520 Códigos médicos: 40801, 41800	\$100	
Frenotomía	D7960	\$100	
Extirpación de tejido hiperplásico	D7970	\$100	
Extirpación de encía pericoronar	D7971	\$100	
Servicios generales complementarios†			
SERVICIOS CUBIERTOS	CÓDIGOS	COPAGO	FRECUENCIA
Tratamiento de emergencia	D9110	Sin cargo	
Anestesia local que no esté relacionada con intervenciones quirúrgicas	D9210	Sin cargo	
Bloqueo regional: anestesia local	D9211	Sin cargo	
Bloqueo de la división del nervio trigémino: anestesia	D9212	Sin cargo	
Anestesia local relacionada con intervenciones quirúrgicas	D9215	Sin cargo	
Interconsulta con un especialista	D9310	Sin cargo	
Consulta para observación durante el horario de atención habitual del consultorio	D9430	Sin cargo	
Ajuste oclusivo: limitado	D9951	Sin cargo	
Ajuste oclusivo: completo	D9952	Sin cargo	

Elderplan Extra Help (HMO)	
Servicios oftalmológicos	<p>Copago de \$25 para exámenes de la vista preventivos y de diagnóstico cubiertos por Medicare (incluidos los exámenes de la vista si usted tiene diabetes, y pruebas y tratamiento de degeneración macular).</p> <p>Copago de \$0 para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina para anteojos por año.</p> <p>Copago de \$0 para anteojos (máximo anual de \$100 por año calendario), incluidos los lentes de contacto o anteojos (lentes y monturas).</p> <p>Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas. Los anteojos proporcionados luego de una cirugía de cataratas no están sujetos al monto máximo anual (\$100).</p>

Elderplan Extra Help (HMO)

Servicios de salud mental

Paciente externo

Servicios especializados de salud mental:

- Copago de \$20 para cada sesión individual de especialidades de salud mental para pacientes externos.
- Copago de \$5 para cada sesión grupal de especialidades de salud mental para pacientes externos.

Servicios de psiquiatría:

- Copago de \$25 para cada sesión individual de servicios de psiquiatría.
- Copago de \$5 para cada sesión grupal de servicios de psiquiatría.

Para los servicios de salud mental para pacientes externos, si su proveedor ofrece telesalud, usted paga un copago de \$10 para cada consulta de telesalud.

Paciente internado

Se aplica un deducible por admisión una vez durante un período de beneficios definido.

Nuestro plan cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria para cada período de beneficios.

Elderplan Extra Help (HMO)

Servicios de salud mental (continuación)

Además, cubre hasta 60 días adicionales de reserva de por vida. Se otorgan 90 días para cada período de beneficios, pero los 60 días de reserva de por vida se pueden usar solo una vez durante la vida del beneficiario para la atención brindada en un hospital de cuidados agudos o en un hospital psiquiátrico.

Nuestro plan cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico se ofrecen una vez durante la vida del beneficiario. El pago no puede hacerse por más de un total de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante la vida del paciente.

Los siguientes son montos de costo compartido que corresponden a 2019 y pueden cambiar en 2020. Elderplan Extra Help (HMO) proporcionará tarifas actualizadas ni bien se publiquen.

Los montos para cada período de beneficios son:

Deducible de \$1,364.

Días 1 a 60: Copago de \$0 por día.

Días 61 a 90: Copago de \$341 por día.

Elderplan Extra Help (HMO)	
Servicios de salud mental (continuación)	<p>Día 91 en adelante: Copago de \$682 por cada día de reserva de por vida, después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: usted paga todos los costos.</p> <p>Usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para los servicios de salud mental que reciba de médicos y otros proveedores mientras esté internado en un hospital.</p> <p>Se requiere de autorización.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios (se requiere una hospitalización previa de 3 días como mínimo por una enfermedad o lesión relacionadas).</p> <p>Los siguientes son montos de costo compartido que corresponden a 2019 y pueden cambiar en 2020. Elderplan Extra Help (HMO) proporcionará tarifas actualizadas en cuanto se publiquen).</p> <p>Los montos para cada período de beneficios después de una estadía mínima de 3 días cubierta por Medicare en un hospital son:</p> <p>Días 1 a 20: \$0 por día.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$170.50 por día.</p> <p>Día 101 en adelante: usted paga todos los costos.</p> <p>Se requiere de autorización.</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Elderplan Extra Help (HMO)	
Fisioterapia	Coseguro del 20% para cada servicio. Se requiere de autorización.
Ambulancia	Coseguro del 20% por cada viaje de ida o vuelta. Se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
Transporte	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para cada medicamento con receta de la Parte B de Medicare. Se requiere autorización para determinados artículos.
Centro quirúrgico ambulatorio	Coseguro del 20% por cirugía para pacientes externos en un hospital para pacientes externos o centro quirúrgico ambulatorio. No se requiere coseguro ni copago para una colonoscopia de diagnóstico en un centro quirúrgico ambulatorio.

Medicamentos con receta para pacientes externos	
Prima de la Parte D	\$23.80 por mes
Etapa del deducible de la Parte D	<p>Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: Deducible de \$0</p> <p>Medicamentos de los Niveles 4 y 5: Deducible de \$435</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 4 y 5.</p>
Etapa de cobertura inicial	<p>Después de pagar su deducible anual, permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$4,020.</p> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

RESUMEN DE BENEFICIOS – Elderplan Extra Help (HMO) 2020

Medicamentos con receta para pacientes externos				
Niveles: Nombre del nivel	Deducible	Etapa de cobertura inicial		
		Costo en farmacia minorista (suministro para 30 días)*	Costo en farmacia minorista (suministro para 90 días)^	Costo en farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	Copago de \$4	Copago de \$12	Copago de \$8
Nivel 2: Medicamentos genéricos		Copago de \$20	Copago de \$60	Copago de \$40
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos		Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel 4: medicamentos no preferidos	\$435	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel 5: nivel de medicamentos especializados		Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%

* Costo compartido para un suministro para un mes en una farmacia minorista (dentro de la red), un centro de atención a largo plazo o una farmacia fuera de la red.

^ En las farmacias minoristas (dentro de la red), también está disponible un suministro para 60 días.

Medicamentos con receta para pacientes externos	
Etapa del período sin cobertura	<p>En la Etapa del período sin cobertura (también denominada “interrupción de la cobertura”) hay un cambio temporal en el monto que pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de los medicamentos (incluido lo que el plan y usted han pagado) llegue a \$4,020.</p> <p>En esta etapa, usted paga el 25% del costo de los medicamentos de marca cubiertos por el plan y el 25% del costo de los medicamentos genéricos cubiertos por el plan hasta que sus costos lleguen a un total de \$6,350, que es el final del período sin cobertura. No todas las personas ingresarán en el período sin cobertura.</p>
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	<p>Cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado los \$6,350, usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.</p> <p>En esta etapa, usted paga un coseguro o un copago, el que represente el monto más alto:</p> <p>Coseguro del 5% O bien, Para medicamentos genéricos: Copago de \$3.60 Para todos los demás medicamentos: Copago de \$8.95</p> <p>Nuestro plan paga el resto del costo.</p>

Beneficios adicionales cubiertos por Elderplan Extra Help (HMO)

Elderplan Extra Help (HMO)	
Examen físico anual	Copago de \$0 para un examen físico anual.
Servicios y suministros para pacientes diabéticos	<p>No se requiere coseguro ni copago para suministros para la diabetes, capacitación para el autocontrol de la diabetes o pruebas de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% para plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Los suministros para la diabetes están limitados a ciertos fabricantes: Abbott Diabetes Care y Ascensia Diabetes Care.</p>
Productos de OTC	<p>Usted puede comprar hasta \$55 por trimestre (3 meses) de productos de OTC elegibles con una tarjeta de OTC provista por Elderplan.</p> <p>El saldo de la tarjeta de OTC no se puede transferir al siguiente trimestre.</p>

Elderplan Extra Help (HMO)	
Programas educativos sobre salud y bienestar: Beneficio de acondicionamiento físico (gimnasio)	<p>Copago de \$0 para el beneficio de acondicionamiento físico.</p> <p>El Programa de Ejercicios y Envejecimiento Saludable Silver&Fit® proporciona a los miembros de Elderplan acceso a los centros de acondicionamiento físico y YMCA participantes. La membresía del centro de acondicionamiento físico incluye servicios estándar del centro, como el acceso a los equipos para ejercicios cardiovasculares, pesas libres, equipos de entrenamiento de resistencia y clases de ejercicios grupales.</p>
Servicios de tratamiento para dejar los opioides	Copago de \$20 para cada servicio.
Cobertura internacional de servicios de emergencia/urgencia	Copago de \$65 para cada consulta (si ingresa en el hospital, no paga copago). El monto máximo de cobertura del beneficio es de \$50,000.

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 efectiva 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:

Civil Rights Coordinator
6323 7th Ave
Brooklyn, NY, 11220
Teléfono: 1-877-326-9978, TTY 711
Fax: 1-718-759-3643

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

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

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

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

Servicios de interpretación multilingües

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Español) **ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chino) **注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Ruso) **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(Criollo francés) **ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Coreano) **주의:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italiano) **ATTENZIONE:** In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yiddish) **אויפֿמערקזאָם:** אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Bengalí) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polaco) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Árabe) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Francés) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)۔

(Tagalo) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Griego) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanés) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

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

Los usuarios de TTY/TDD
deben llamar al

711

Visite nuestro sitio web

Elderplan.org

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