

2026



Abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia.SM



Resumen de beneficios

Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

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

Resumen de beneficios – **Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026**

Fecha de entrada en vigencia propuesta ____/____/____

Proveedor de atención primaria

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (____) _____

Nombre del representante de ventas

Números de información importante

Servicios para los Miembros

1-800-353-3765, TTY 711

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



Resumen de beneficios

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

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. Elderplan y MJHS son organizaciones sin fines de lucro que comparten los mismos valores centrales de compasión, dignidad y respeto.

Elderplan tiene una rica historia de cuidar a las personas en riesgo de New York de todos los antecedentes. Por eso comprendemos que las brechas en el acceso a la atención médica de calidad siguen siendo, frecuentemente, un factor. De conformidad con nuestros valores, estamos ***abriendo el camino hacia un cuidado de excelencia*** a través de nuestro compromiso con la igualdad en la salud, con cerrar estas brechas en la atención y con garantizar que todos nuestros miembros tengan acceso a programas y servicios de alta calidad.

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



Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS)

Descripción general del plan

Un plan de salud diseñado para los beneficiarios de Medicare que sean elegibles para la Ayuda adicional, un programa federal que reduce el costo de los medicamentos con receta para las personas con ingresos limitados.

Este plan ofrece cobertura médica, hospitalaria y para medicamentos con receta con pocas primas o sin primas, y con copagos bajos. Puede consultar a cualquier dentista o especialista dentro o fuera de la red y aprovechar un beneficio trimestral de productos de venta libre (OTC). Además, también recibirá una tarjeta Flex como ayuda para cubrir los gastos no cubiertos por servicios dentales, de la vista, de la audición y de 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 con más facilidad.

Contará con el apoyo de un equipo de administración de la atención dedicado, disfrutará de una membresía de 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 acerca de Elderplan Ayuda Extra

Sección II: Resumen de beneficios 15

- Prima mensual (prima de la Parte D), Deducible de la Parte B y Gastos máximos no cubiertos combinados
- Beneficios que cubre Medicare
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros beneficios cubiertos

Descripción breve de los beneficios

	Libertad para elegir a cualquier especialista o dentista que desee dentro o fuera de la red.	\$0
	Consultas con médicos (atención primaria)	
	Deducible de la Parte B	
	Servicios de acupuntura expandidos	
	Juegos mentales con BrainHQ®	
	Servicios dentales suplementarios y servicios dentales preventivos e integrales	
	Examen auditivo de rutina	
	Examen de la vista de rutina	
	Programa de ejercicio físico Silver&Fit®	
	Transporte	
	Acceso a la atención de Teladoc® 24/7	\$35
	Atención de especialistas	
	Podiatría de rutina	\$450 por año
	Tarjeta Flex+	
	Beneficio de productos de venta libre (OTC)	\$140 cada trimestre
	Utilice su beneficio de OTC para comprar productos relacionados con la salud, alimentos y comidas preparadas también.*	

Resumen de beneficios – **Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026**

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

‡ El beneficio de la tarjeta Flex consiste en una tarjeta de asignación de \$450 para usar en 2026 en gastos no cubiertos de servicios dentales, de la vista, auditivos o 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 su inscripción. Los miembros inscritos deben continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare si no la paga de otro modo Medicaid o algún tercero.

Este folleto describe brevemente los servicios que cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la Evidencia de cobertura para 2026 de Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS). Hay una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web www.elderplan.org.

Información de contacto de Elderplan

Horario de atención de Elderplan Ayuda Extra

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

Números de teléfono y sitio web de Elderplan Ayuda Extra

- Si es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-800-353-3765**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Si no es miembro de este plan, llámenos sin cargo al **1-866-695-8101**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8:00 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 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta información también está disponible en distintos formatos, como braille u otros formatos alternativos. Llame a Servicios para los Miembros al número que figura anteriormente si necesita información del plan en otro idioma o formato.

¿Quién puede inscribirse?

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

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

Información útil sobre Medicare

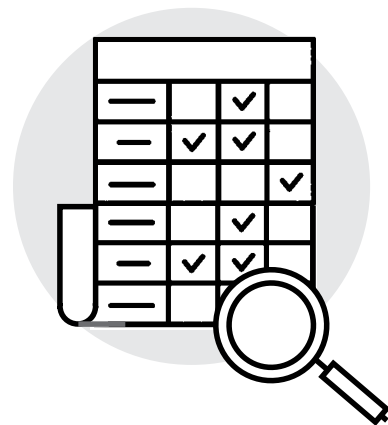
Tiene opciones para obtener los beneficios de Medicare

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

- Puede comparar Elderplan Ayuda Extra y Original Medicare utilizando este Resumen de beneficios. Las tablas de este folleto enumeran algunos beneficios importantes de salud. Para cada beneficio, usted puede ver lo que cubre nuestro plan. Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. Los beneficios cubiertos pueden cambiar año a año.

Consejos para comparar las opciones de Medicare

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



Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 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, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los otros planes que le brinden el folleto del Resumen de beneficios. O bien utilice el Localizador de planes de Medicare que está disponible en www.medicare.gov/plan-compare.



Información acerca de Elderplan Ayuda Extra

Requisitos de elegibilidad para nuestro plan

- Debe tener las Partes A y B de Medicare.
- Debe vivir en el área de servicio del plan: condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Putnam, Queens, Richmond y Westchester.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Nuestro plan le permite consultar proveedores dentro y fuera de la red gracias a nuestra amplia oferta de beneficios. Nuestro plan cubre los servicios y beneficios de

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

¿Qué cubrimos?

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

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

Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y las restricciones en nuestro sitio web,

www.elderplan.org.

También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo calculo el costo de los medicamentos?

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

Más adelante en este documento, analizaremos las etapas de pago de medicamentos y los niveles de costo compartido del plan. Las etapas de pago de medicamentos son Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial y Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido:

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

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

Sección II: Resumen de beneficios

Los siguientes son los costos de atención médica de Elderplan Ayuda Extra

Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS)

Prima mensual (prima de la Parte D)	\$58.80	Además, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible de la Parte B	\$0	
Gastos máximos no cubiertos combinados	\$7,550 Combina- dos dentro y fuera de la red	Al igual que todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege estableciendo límites anuales en los gastos no cubiertos de la atención médica y hospitalaria que reciba. Si alcanza el límite de gastos no cubiertos combinados dentro y fuera de la red, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios cubiertos, y nosotros pagaremos el costo total el resto del año. Recuerde que debe seguir pagando las primas del plan y los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención en un hospital	Servicios hospitalarios para pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$425 por día. • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.
	Servicios hospitalarios para pacientes externos	Coseguro del 20%.	
	Centro quirúrgico ambulatorio (ASC)	Coseguro del 20%.	
Desea consultar a un médico	Proveedores de atención primaria	Copago de \$0 para consultas presenciales y servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico <i>(continuación)</i>	Especialistas	Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red. Copago de \$10 para servicios de telesalud. Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.	Para obtener más detalles sobre los servicios de telesalud, llame a su proveedor actual.
	Enfermeros practicantes y auxiliares médicos	Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red. Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.	Solo se requiere autorización para las consultas en el hogar.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva	Copago de \$0 por cada consulta para el examen físico anual.	Este examen está cubierto junto con el “Examen de bienvenida a Medicare” y la consulta anual de “bienestar”.
		Copago de \$0.	Los servicios de atención preventiva pueden estar cubiertos por Medicare durante el año del beneficio.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Prueba de detección de abuso de alcohol y asesoramiento • Medición de la masa ósea • Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares • Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento) • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Pruebas de detección de cáncer colorrectal - Pruebas de sangre con biomarcadores - Colonoscopias - Colonografía por tomografía computarizada (TC) - Sigmoidoscopia flexible - Análisis de sangre oculta en la materia fecal - Pruebas de ADN en heces multiobjetivo	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)		• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y enfermedades causadas por el tabaquismo • Pruebas de detección de la depresión • Pruebas de detección de la diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Pruebas de detección de glaucoma • Vacuna contra la hepatitis B • Pruebas de detección de infección por el virus de la hepatitis B (HBV) • Pruebas de detección del virus de la hepatitis C • Pruebas de detección del VIH • Pruebas de detección de cáncer del pulmón • Mamografías (prueba de detección) • Servicios de tratamiento médico nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare • Terapia conductual para la obesidad

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Desea consultar a un médico (continuación)	Atención preventiva (continuación)	• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” • Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata (PSA) • Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Vacunas: - Vacuna contra la COVID-19 - Vacunas contra la gripe - Vacuna contra la hepatitis B - Vacunas contra el neumococo • Consulta anual de “bienestar”	

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de emergencia	Atención de emergencia	Copago de \$110 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare.	No se requiere costo compartido en caso de ser internado dentro de las 24 horas.
	Atención de urgencia	Copago de \$35 para cada consulta. Copago de \$10 para servicios de telesalud.	Para obtener más detalles sobre telesalud, llame a su proveedor actual.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare • Servicios de exámenes de sangre para pacientes externos	Copago de \$0 para cada servicio.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de \$35 para cada servicio.	
	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Radiografías para pacientes externos	Copago de \$20 para cada servicio.	

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita exámenes médicos <i>(continuación)</i>	Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio de diagnóstico/ diagnóstico por imágenes • Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer) • Servicios radiológicos de diagnóstico (como MRI y CT)	Coseguro 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).

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención auditiva	Exámenes auditivos	Copago de \$35 por cada uno de los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.	
		Copago de \$0 para un examen auditivo (de rutina) no cubierto por Medicare cada 3 años.	
	Audífonos	Beneficio máximo de hasta \$500 cada 3 años para un oído. Copago de \$0 por adaptación/ evaluación para audífonos cada 3 años. Este beneficio solo puede utilizarse para un oído.	Se requiere la autorización de un médico o especialista para los audífonos.

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

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención dental (continuación)	Servicios dentales integrales	Cobertura de servicios dentales integrales suplementarios, limitada a determinados códigos de servicio de las categorías dentro y fuera de la red combinadas que figuran a continuación.	Servicios dentales integrales suplementarios. La frecuencia de los beneficios puede estar limitada según las pautas de la Asociación Dental Estadounidense.
		Coseguro del 20% para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.	

Servicios dentales preventivos suplementarios e integrales

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 el problema	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Evaluación oral integral: paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Evaluación oral detallada y extensa centrada en el problema, mediante 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
Radiografías dentales		
Intraoral: serie completa de imágenes radiográficas	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Intraoral: radiografía periapical, primera placa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Radiografías dentales		
Intraoral: radiografía periapical, cada placa adicional	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Intraoral: radiografía, placa oclusal	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Extraoral: radiografía, proyección 2D creada utilizando una fuente de radiación estable y un detector	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Aleta de mordida: radiografía, individual	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Aletas de mordida: dos radiografías	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Aletas de mordida: tres radiografías	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Aletas de mordida: cuatro radiografías	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Aleta de mordida vertical: de 7 a 8 placas	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Placa panorámica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Radiografía cefalométrica	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Imagen fotográfica oral/ facial 2D obtenida intraoral o extraoralmente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Radiografías dentales

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
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de serie completa	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes de mordida	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Tomosíntesis intraoral: captura de imágenes periapicales	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Profilaxis (limpieza)

Profilaxis (limpieza): adultos	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
--------------------------------	-----------	----------------------

Tratamiento con flúor

Aplicación tópica de barniz de flúor	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Aplicación tópica de flúor, excluye el barniz	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Servicios dentales integrales suplementarios		
Servicios de restauración		
Amalgama: una superficie, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Amalgama: cuatro superficies, primaria o permanente	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Resina: 1 superficie, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Resina: 2 superficies, dientes anteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Resina: 3 superficies, dientes anteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Resina: 4 superficies o más, o dientes anteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Corona de compuesto resina, diente anterior	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Compuesto: 1 superficie, diente posterior	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Compuesto: 2 superficies, dientes posteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de restauración		
Compuesto: 3 superficies, dientes posteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Resina: 4 superficies o más, dientes posteriores	Sin cargo	Una vez cada 24 meses
Incrustación: metálica, una superficie	\$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: metálica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: metálica, tres o más superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Restauración: metálica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: compuesto a base de resina, indirecto	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: 3/4 compuestos a base de resina (indirecto)	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal predominantemente base	\$150	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de restauración		
Corona: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: sustrato de porcelana/cerámica	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal predominantemente base	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida a titanio/aleaciones de titanio	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal muy noble completamente fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal predominantemente base fundido por completo	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble completamente fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Recementado de incrustación: restauración o restauración de cobertura parcial	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Corona recementada	Sin cargo	Una vez cada 6 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de restauración		
Recolocación de un fragmento de una pieza dental	Sin cargo	Una vez cada 6 meses
Corona de acero inoxidable prefabricada, diente principal	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Corona de acero inoxidable prefabricada, diente permanente	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Retención de espiga, por diente, además de la restauración	Sin cargo	Una vez cada 60 meses
Perno y corona, además de corona, fabricada indirectamente	\$50	Una vez cada 60 meses
Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	\$50	Una vez cada 60 meses
Perno y base prefabricados, además de corona	\$50	Una vez cada 60 meses
Servicios de endodoncia		
Pulpotomía terapéutica	Sin cargo	Una vez de por vida
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente anterior principal (excluida restauración final)	Sin cargo	Una vez de por vida

Servicios de endodoncia		
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
Terapia pulpar (empaste reabsorbible): diente posterior primario (excluida restauración final)	Sin cargo	Una vez de por vida
Endodoncia: diente anterior	\$40	Una vez de por vida
Rectificación de endodoncias previas: diente anterior	Sin cargo	Una vez de por vida
Rectificación de endodoncias previas: premolar	Sin cargo	Una vez de por vida
Rectificación de endodoncias previas: molar	\$40	Una vez de por vida
Apicectomía: diente anterior	\$40	Una vez de por vida
Apicectomía: premolar (primera raíz)	\$40	Una vez de por vida
Apicectomía: molar (primera raíz)	\$40	Una vez de por vida
Apicectomía: cada raíz adicional	\$40	Una vez de por vida
Empaste retrógrado, por raíz	\$40	Una vez de por vida

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de endodoncia

Exposición quirúrgica de superficie radicular: diente anterior	\$40	Una vez de por vida
Exposición quirúrgica de superficie radicular: premolar	\$40	Una vez de por vida
Exposición quirúrgica de superficie radicular: molar	\$40	Una vez de por vida

Servicios de periodoncia

Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro más dientes continuos o espacios entre dientes ligados por cuadrante	\$40	Una vez cada 36 meses
Procedimiento de colgajo gingival, cuatro o más dientes	\$40	Una vez cada 60 meses
Cirugía ósea, por cuadrante	\$150	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	\$150	Una vez cada 60 meses
Raspado y alisado radicular: cuatro o más dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 36 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de periodoncia		
Raspado y alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Desbridamiento de toda la boca para permitir evaluación y diagnóstico integrales	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Procedimientos de mantenimiento periodontal	Sin cargo	Una vez cada 36 meses
Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza completa: maxilar	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza completa: mandibular	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: maxilar	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza inmediata: mandibular	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluidos cierres convencionales, soportes y dientes)	\$150	Una vez cada 60 meses

Servicios de prostodoncia extraíble

Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, soportes y dientes)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial maxilar: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, soportes y dientes)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial mandibular: estructura de metal fundido con bases de dentadura postiza de resina (incluidos los materiales retentivos/de cierre, soportes y dientes)	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: maxilar	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: mandibular	\$150	Una vez cada 60 meses

Servicios de prostodoncia extraíble		
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: base flexible	\$150	Una vez cada 60 meses
Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: 1 pieza de resina	\$150	Una vez cada 60 meses
Ajuste de dentadura postiza completa, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza completa, mandibular	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular	Sin cargo	Dos cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza completa con rotura, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto o perdido: dentadura postiza completa (cada diente)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparar o reemplazar los materiales retentivos/de cierre rotos por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reemplazo de diente roto: por diente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de diente a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Agregado de cierre a dentadura postiza parcial existente	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza maxilar completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reparación de base de dentadura postiza mandibular completa	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial maxilar	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de base de dentadura postiza parcial mandibular	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reparación de prótesis híbrida	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el consultorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de prostodoncia extraíble		
Reforrado de dentadura postiza maxilar completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza mandibular completa (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial maxilar (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Reforrado de dentadura postiza parcial mandibular (en el laboratorio)	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Sobredentadura: maxilar completa	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura: maxilar parcial	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura: mandibular completa	\$150	Una vez cada 60 meses
Sobredentadura: mandibular parcial	\$150	Una vez cada 60 meses
Servicios de prostodoncia fija		
Póntico: metal muy noble fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal base fundido	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: metal noble fundido	\$150	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de prostodoncia fija		
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal base	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana fundida sobre metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: porcelana/titanio y aleaciones de titanio	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal base	\$150	Una vez cada 60 meses
Póntico: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Retenedor: metal fundido fijo	\$150	Una vez cada 60 meses
Restauración: metal muy noble fundido, dos superficies	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: compuesto a base de resina indirecto	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: resina con metal predominantemente base	\$150	Una vez cada 60 meses

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de prostodoncia fija		
Corona: resina con metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona: porcelana/cerámica	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal muy noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal base	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: porcelana fundida sobre metal noble	\$150	Una vez cada 60 meses
Retenedor, corona: porcelana fundida a titanio y aleaciones de titanio	\$150	Una vez cada 60 meses
Corona: metal muy noble completamente fundido	\$100	Una vez cada 60 meses
Corona: metal base completamente fundido	\$100	Una vez cada 60 meses
Corona: metal noble completamente fundido	\$100	Una vez cada 60 meses
Recementado o refijación de dentadura postiza parcial fija	Sin cargo	Una cada 24 meses

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción de diente brotado o raíz expuesta (elevación o extracción con forceps)	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción quirúrgica de diente brotado	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción de diente impactado: en tejido blando	Sin cargo	Una vez de por vida
Extracción de diente impactado: parcialmente en hueso	\$100	Una vez de por vida
Extracción de diente impactado completamente en hueso	\$100	Una vez de por vida
Extracción de diente impactado: completamente en hueso con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$100	Una vez de por vida
Extracción quirúrgica de restos radiculares del diente	\$100	Una vez de por vida
Cierre de fístula oroantral	\$100	Una vez de por vida
Acceso quirúrgico de diente brotado	\$100	Una vez de por vida

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Movilización de diente brotado o mal ubicado para ayudar la erupción	\$100	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 sin extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	Sin cargo	Una vez cada 12 meses
Vestibuloplastia: extensión de rebordes (segunda epitelización)	\$100	Una vez cada 60 meses
Escisión radical: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de lesión benigna superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extirpación de tumor maligno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de quiste o tumor no odontogénico benigno: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	\$100	Con cobertura
Extracción de exostosis: por sitio	\$100	Una vez de por vida
Extracción de torus mandibular	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando intraoral	\$100	Con cobertura
Incisión y drenaje de absceso: tejido blando extraoral	\$100	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 2026

Servicios de cirugía bucal y maxilofacial		
Frenectomía bucal/labial (frenulectomía)	\$100	Tres de por vida
Frenectomía lingual (frenulectomía)	\$100	Tres de por vida
Extirpación de tejido hiperplásico, por arco	\$100	Dos de por vida
Extirpación de encía pericoronal	\$100	Una cada 24 meses
Reducción quirúrgica de tuberosidad fibrosa	\$100	Dos de por vida
Servicios generales suplementarios		
Tratamiento paliativo del dolor dental: por sitio	Sin cargo	Dos cada 12 meses
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
Anestesia por bloqueo regional * No se puede facturar por separado del servicio principal.	Sin cargo	Con cobertura

Servicios generales suplementarios		
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
Consulta: servicio de diagnóstico proporcionado por dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	Sin cargo	Con cobertura
Consulta para observación (durante horas programadas regularmente): no se realizan otros servicios	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusivo: limitado	Sin cargo	Con cobertura
Ajuste oclusivo: completo	Sin cargo	Con cobertura

Resumen de beneficios – Elderplan Ayuda Extra (HMO-POS) 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	Copago de \$35 por los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	Puede recibir un examen de la vista por año.
		Copago de \$0 para un examen de la vista de rutina.	
	Elementos para corregir la vista	Copago de \$0 para un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare luego de una cirugía de cataratas.	Incluye lentes de contacto y anteojos.
		Copago de \$0 para anteojos y lentes (de rutina) no cubiertos por Medicare hasta \$200 por año como máximo.	

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 salud mental para pacientes internados	Usted paga por admisión: • Días 1 a 5: copago de \$400 por día. • Día 6 en adelante: copago de \$0 por día.	Se requiere autorización.

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

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

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita atención de la salud mental (continuación)	Atención de salud mental para pacientes externos (continuación)	Sesiones grupales de servicios de psiquiatría: copago de \$5 por cada sesión.	
Necesita atención de enfermería especializada o de rehabilitación	Centro de enfermería especializada	Usted paga por admisión: Días 1 a 20: copago de \$0 por día Días 21 a 100: copago de \$218 por día. Día 101 en adelante: paga todos los costos.	El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios. Se requiere una hospitalización previa de 3 días. Se requiere autorización.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita terapia como paciente externo	Fisioterapia	Copago de \$35 para cada consulta dentro de la red.	Se requiere autorización.
		Copago de \$35 para cada consulta fuera de la red.	
Necesita ayuda para acceder a los servicios de salud	Copago de ambulancia	\$215 por cada viaje de ida o de vuelta.	Solo se requiere autorización para los servicios que no sean de emergencia.
	Transporte	Copago de \$0. Puede realizar un máximo de 32 viajes de ida o vuelta por año para fines médicos.	Puede tomar un taxi, un autobús, el metro, una camioneta o servicios de viaje compartido.

Beneficios que cubre Medicare			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos de la Parte B de Medicare	Coseguro del 20% para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Hasta \$35 para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare.	Es posible que se requiera autorización para ciertos medicamentos.

Parte D de Medicare

Si reúne los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (también conocido como “Ayuda adicional”), es posible que no pague los montos que figuran en la siguiente tabla por sus medicamentos con receta de la Parte D. El monto exacto que paga puede variar según el monto de la Ayuda adicional que reciba.

Prima de la Parte D	\$58.80 por mes.
Deducible de la Parte D	Medicamentos de los Niveles 1, 2 y 3: el deducible de la Parte D es de \$0. Medicamentos de los Niveles 4 y 5: el deducible de la Parte D es de \$375. Los miembros pagan el costo total de los medicamentos hasta que se alcanza el deducible de \$375; luego se aplican los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial.



Parte D de Medicare				
Deducible de la Parte D y Etapa de cobertura inicial				
Nivel: Nombre del nivel	Deducible de la Parte D	Etapa de cobertura inicial		
		Costo compartido en farmacia minorista (suministro para 30 días)*Ω	Costo compartido en farmacia mi- norista (hasta 90 días de suministro)^†Ω	Costo compartido en farmacia de pedidos por correo (hasta 90 días de suministro)†Ω
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2: medicamentos genéricos		Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$20
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos		Copago de \$47	Copago de \$141	Copago de \$94
Nivel 4: medicamentos no preferidos	\$375	Copago de \$100	Copago de \$300	Copago de \$200
Nivel 5: medicamentos especializados		Coseguro de 28%	Coseguro de 28%	Coseguro de 28%

Parte D de Medicare

* Costo compartido de suministro de un mes para minoristas estándares (dentro de la red), atención a largo plazo (31 días) y fuera de la red.

^ También está disponible un suministro para 60 días para el costo minorista estándar (dentro de la red).

†NDS: suministro no extendido. Ciertos medicamentos especializados estarán limitados a un suministro para 30 días como máximo por surtido.

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

Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$2,100, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los gastos no cubiertos lleguen a un total de \$2,100, 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.
---	--

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

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

Otros beneficios cubiertos			
Necesidad o problema de salud	Beneficio cubierto	Su costo compartido	Lo que debe saber
Necesita servicios de rehabilitación	Terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	Dentro de la red Copago de \$35 para cada consulta. Fuera de la red Copago de \$35 para cada consulta.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación cardíaca	Copago de \$10 para servicios de rehabilitación cardíaca.	Se requiere autorización.
	Rehabilitación pulmonar	Copago de \$15 para servicios de rehabilitación pulmonar.	Se requiere autorización.

Más beneficios con su plan	
Servicios de acupuntura expandidos	Copago de \$0 por consulta. Puede recibir hasta 20 consultas por año para los siguientes servicios: • Acupuntura • Terapia con ventosas/moxibustión • Acupresión • Tui Na • Gua Sha • Reflexología • Terapia con rayos infrarrojos
Juegos mentales con BrainHQ®	No se requiere copago ni coseguro para BrainHQ®. Los miembros tendrán acceso a un programa de entrenamiento de la memoria en línea para mejorar la función cerebral mediante juegos, crucigramas y otros ejercicios divertidos.
Tarjeta Flex	No se requiere coseguro ni copago para la tarjeta Flex. Recibirá una asignación de \$450 para usar en 2026 en gastos no cubiertos para servicios dentales, de vista, auditivos o de ejercicio físico. Cualquier beneficio que no se use en dólares vence al final del año calendario o si cancela su inscripción en el plan.

Más beneficios con su plan	
OTC	Puede comprar hasta \$140 por trimestre de productos de OTC elegibles con una tarjeta para OTC provista por Elderplan.
OTC + alimentos + comidas preparadas	Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas se combinan con el beneficio de OTC para cubrir determinados alimentos y comidas preparadas como parte de la asignación trimestral de OTC.
Servicios de podiatría de rutina	Dentro de la red Copago de \$35 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año. Fuera de la red Copago de \$35 por consulta. Puede recibir hasta 10 consultas por año.

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. A través de 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.

Más beneficios con su plan	
Teladoc®	A un costo compartido de \$0, Teladoc® lo conecta con médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana por videoconferencias o conversaciones telefónicas en su teléfono inteligente, tableta o computadora. Estos médicos pueden ayudar a diagnosticar, tratar e incluso emitir recetas para una variedad de afecciones que no sean de emergencia.
Asistencia de viaje	Obtenga ayuda cuando viaja más de 100 millas desde casa o a otro país, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este programa lo conecta con médicos, hospitales, farmacias y otros servicios de todo el mundo para que nunca le falte acceso a la atención médica.

Más beneficios con su plan

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

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

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



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

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

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes 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 Humanos 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>.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services
45 CFR 92.11

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 القومي 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 auxiliaires 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).

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services
45 CFR 92.11

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-अंग्रेज़ी 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 serbisyong 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 אײַך אָן קײן 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.

Comprenda las normas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/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.
- ☐ Se ha revisado su cobertura médica y de prescripción frente a su cobertura de seguro actual. Se convierte en miembro de Elderplan en la verificación de la inscripción y ya no tiene cobertura con su plan actual.

Para obtener más información,
llámenos sin cargo al

1-800-353-3765

de 8 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.