

TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO PUNTOS DESTACADOS DEL PLAN



TUFTS  Health Plan
Medicare Preferred

PASO 1: Elegir su plan médico

Con nuestros planes Tufts Medicare Preferred HMO, usted puede elegir el plan que le conviene. Tendrá una cobertura más integral que con Original Medicare solo.

	Tufts Medicare Preferred HMO		
Primas y beneficios del plan	HMO Basic	HMO Value	HMO Prime
Prima médica mensual (por condado) ¹			
Hampden	\$0	\$24	\$54
Hampshire	\$0	\$52	\$82
Bristol*, Middlesex, Norfolk, Plymouth**	\$0	\$72	\$102
Barnstable	\$0	\$72	\$112
Essex, Suffolk, Worcester	\$20	\$93	\$126
Deducibles	Sin deducibles (los tres planes)		
Visitas a consultorios médicos			
Médico de atención primaria (PCP) ²	\$20	\$15	\$10
Especialista	\$30	\$20	\$15
Monto máximo de costo de bolsillo anual	\$3,400 (los tres planes)		
Cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados	\$200 por día para los días 1 a 10; \$0 por día después del día 10 (por admisión).	\$125 por día para los días 1 a 5; \$0 por día después del día 5 (por admisión).	\$300 una vez al año
Servicios y cirugía para pacientes ambulatorios	\$165	\$150	\$50
Servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico	Copago de \$0 (los tres planes)		
Atención de emergencia	\$65; cobertura cuando viaje dentro de los EE. UU. y a nivel internacional		
Examen oftalmológico mensual de rutina³	\$30	\$20	\$15
Beneficio anual de artículos ópticos³	\$150 por año para artículos ópticos (lentes, marcos y aumentos) o lentes de contacto, pero no ambos		
Examen de audición anual de rutina	\$30	\$20	\$15
Beneficio anual de asesoramiento nutricional y estado físico	\$150 al año para membresía en gimnasios, clases de gimnasia y/o asesoramiento nutricional		

¹Deberá residir en los condados de Barnstable, Bristol*, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth**, Suffolk o Worcester.

*Las ciudades no incluidas en el condado de Bristol son Berkley, Dighton y Taunton.

**Las ciudades no incluidas en el condado de Plymouth son Lakeville y Middleborough.

Los individuos deben tener Plan A y Plan B para inscribirse.

Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

²El PCP que elija trabaja con ciertos especialistas del plan que utiliza para derivaciones, lo que se conoce como "círculo de derivación", para brindar la atención médica que usted necesita. Esto significa en la mayoría de los casos que no tiene acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred HMO, salvo en situaciones de atención de urgencia o de emergencia, o para diálisis renal fuera del área. Si usted recibe atención de rutina de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables de los costos.

³Deberá recibir servicios de un proveedor de EyeMed. El beneficio de artículos ópticos no se puede combinar con otros cupones o descuentos.

PASO 2: Elegir su plan de medicamentos recetados

Con nuestros planes Tufts Medicare Preferred HMO, tiene la opción de agregar cobertura de medicamentos recetados, con o sin cobertura de medicamentos genéricos durante el período sin cobertura.

	Planes de medicamentos recetados opcionales de Tufts Medicare Preferred HMO*	
Primas y beneficios del plan	Rx Option	Rx Plus Option** (con HMO Prime solamente)
Prima del plan mensual de medicamentos recetados (además de su prima médica mensual)	\$27.90	58.40
Deducible	Sin deducibles	Sin deducibles
Copagos:	Minorista de 30 días/Venta por correo de 90 días	Minorista de 30 días/Venta por correo de 90 días
Niveles del medicamento		
Nivel 1: Medicamentos genéricos	\$10/\$24	\$8/\$21
Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca	\$43/\$129	\$35/\$105
Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca	\$93/\$279	\$75/\$225
Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad	33%	33%
En el Período sin cobertura: Después de alcanzar los \$2,930 y hasta que sus pagos lleguen a \$4,700***, usted paga:	<ul style="list-style-type: none"> • 86% para medicamentos genéricos de la Parte D • 100% para medicamentos de marca de la Parte D. El precio que pague puede incluir un 50% de descuento brindado por los fabricantes del medicamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Copagos de nivel 1 para medicamentos de nivel 1 (genéricos) • 86% para medicamentos genéricos de la Parte D • 100% para medicamentos de marca de la Parte D. El precio que pague puede incluir un 50% de descuento brindado por los fabricantes del medicamento.
Después del Período sin cobertura: Cuando sus pagos para el año superen los \$4,700***, usted pagará el mayor de los siguientes montos:	<ul style="list-style-type: none"> • 5% por receta <u>o</u> • \$2.60 por receta para los medicamentos genéricos de la Parte D (incluso medicamentos de marca considerados genéricos) <u>y</u> • \$6.50 por receta para medicamentos de marca de la Parte D 	

Deberá acceder a su beneficio de los medicamentos recetados a través de las farmacias de la red, salvo en circunstancias que no sean de rutina. Algunos medicamentos requieren autorización previa o tienen límites de cantidad.

*Si se inscribe en cualquiera de nuestros tres planes de HMO, incluso solo médico, no podrá suscribirse a un plan de medicamentos recetados separado. Si desea cobertura de medicamentos recetados de Medicare, deberá obtenerla a través de uno de nuestros planes de HMO. Nuestros planes Rx Option y Rx Plus Option son planes calificados de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

**Disponibles solo con HMO Prime.

***El monto descontado por el fabricante en el Período sin cobertura se computa dentro de sus costos de bolsillo como si hubiera pagado el monto total del medicamento. Esto lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

Tenga en cuenta: Cuando compre en un lugar minorista, pagará el copago o el monto que cobre el minorista (el monto que resulte más bajo).

Es posible que pueda obtener Ayuda adicional para pagar las primas y costos de sus medicamentos recetados. Para saber si usted reúne los requisitos para obtener ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.

Las personas con ingresos limitados podrían reunir los requisitos para solicitar Ayuda adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta setenta y cinco (75%) por ciento o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Adicionalmente, las personas que califiquen no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una sanción por inscripción tardía. Muchas personas cumplen con los requisitos para acceder a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

TELÉFONO: 1-800-978-2222; TTY 1-888-899-8977*

VISÍTENOS EN: tuftsmedicarepreferred.org

*Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

Tufts Health Plan Medicare Preferred es una organización de Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare.

La información de beneficios que se proporciona en este documento es un resumen breve, no una descripción exhaustiva de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 enero de 2013. No se garantiza la disponibilidad de cobertura luego del fin del año del contrato.

Los miembros pueden inscribirse en el plan solamente durante momentos específicos del año. Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener más información.

Se pueden aplicar algunas limitaciones, copagos y excepciones.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Para obtener más información, comuníquese a nuestro número de relaciones al cliente al 1-800-701-9000.

This information is available for free in other languages. Please contact our Customer Relations number at 1-800-701-9000 for additional information.