

HMO Basic Rx (Medicare Advantage HMO) es ofrecido por Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan)

Notificación anual de cambios para 2025

Usted está inscrito actualmente como miembro del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.***

Este documento informa sobre los cambios realizados a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web: www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

- **Tiene plazo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. **PREGUNTE:** Qué cambios se aplican a usted

- ☐ Revise los cambios realizados a nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios realizados a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios realizados a nuestra cobertura de medicamentos, entre ellos las restricciones de cobertura y el costo compartido.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la Lista de Medicamentos de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 con la información de 2025 para ver si estos medicamentos se mueven a un nivel de costo compartido diferente o si se verán sujetos a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o cantidad límite, para 2025.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria (PCP), especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para el pago de sus medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para “Extra Help”.
- ☐ Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes
 - ❑ Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de Planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2025*. Si necesita ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
 - ❑ Una vez que reduzca las opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.
3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan
 - Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
 - Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto pondrá fin a su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
 - Si se mudó hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente en una de ellas, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare o sin él) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes de la mudanza.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con nuestros Servicios para Miembros llamando al 1-800-701-9000 para solicitar información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratis.
- Esta información está disponible en diversos formatos, incluido el de letra grande.
- **La cobertura de este plan es considerada cobertura médica calificada (QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

- Tufts Health Plan es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)/Organización de Proveedores Preferidos (PPO) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento diga “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)”, se refiere a Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan). Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Notificación anual de cambios para 2025

Contenidos

Resumen de costos importantes para 2025

SECCIÓN 1. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Sección 1.2 – Cambios en el monto del desembolso máximo

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de Part D

SECCIÓN 2. Modificaciones administrativas

SECCIÓN 3. Elección del plan

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

SECCIÓN 4. Plazo para cambiar de plan

SECCIÓN 5. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

SECCIÓN 6. Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

SECCIÓN 7. ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 con los de 2025 para el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$51	\$48
Monto del desembolso máximo Este es el desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos (consulte la Sección 1.2 para obtener más información).	\$3,650	\$3,650
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$40 por visita	Visitas de atención primaria: \$10 por visita Visitas al especialista: \$40 por visita
Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado	Usted paga \$275 por día durante los días 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.	Usted paga \$275 por día durante los días 1 al 5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de Part D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más información). Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos/el resfriado.	Deducible: Usted paga los primeros \$225 del costo total de los medicamentos recetados de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5, con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de Part D para adultos. Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. \$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un	Deducible: \$0 Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial: Nivel 1 de medicamentos: \$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. \$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	suministro para 30 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Nivel 2 de medicamentos: \$4-\$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$8-\$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. \$12-\$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. \$4 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un	suministro para 30 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. \$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Nivel 2 de medicamentos: \$4-\$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. \$8-\$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. \$12-\$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. \$4 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	suministro para 30 días. \$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. \$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Nivel 3 de medicamentos: \$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. \$94 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	suministro para 30 días. \$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. \$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Nivel 3 de medicamentos: Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	\$141 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. Usted paga \$105 por un suministro para 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días. Usted paga \$105 por un suministro para 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	\$47 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	\$94 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Usted paga \$70 por un suministro para 90 días de cada	Coaseguro del 23 % por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días. Usted paga \$70 por un suministro para 90 días de cada

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: \$100 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. \$200 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. \$300 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días. Usted paga \$105 por un suministro para 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	producto de insulina cubierto en este nivel. Nivel 4 de medicamentos: Coaseguro del 50 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El 50 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El 50 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días. Usted paga \$105 por un suministro para 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Nivel 5 de medicamentos: Coaseguro del 29 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5. Nivel 6 de medicamentos: \$0 por vacuna del Nivel 6. No se aplica en pedidos por correo. Cobertura catastrófica: • Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.	Nivel 5 de medicamentos: Coaseguro del 33 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5. Nivel 6 de medicamentos: \$0 por vacuna del Nivel 6. No se aplica en pedidos por correo. Cobertura catastrófica: • Durante este período de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de Part D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B).	\$51	\$48
Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option	\$21.50	\$37

- Su prima mensual del plan será *más alta* si se le exige pagar una multa de por vida por inscripción tardía en Part D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, quizá tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *más baja* si recibe “Extra Help” como ayuda con sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6 acerca de “Extra Help” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto del desembolso máximo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga por desembolsos durante el año. Este límite se denomina “monto del desembolso máximo”. Una vez que alcance este monto, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto del desembolso máximo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) se incluyen en su monto del desembolso máximo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo.	\$3,650	\$3,650 Una vez que haya pagado \$3,650 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
No hay cambios en el monto del desembolso máximo para el próximo año de beneficios.		el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle costos compartidos menores que los estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web: www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, el cual se le enviará en un plazo de tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2025* en www.thpmp.org para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2025* en www.thpmp.org para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores), así como de farmacias que son parte de su plan durante el año. Si le afecta un cambio de nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año habrá cambios en los beneficios y costos de determinados servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios de quiropráctico	Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP.	Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Usted paga \$40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare.	Usted paga \$40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Tufts Medicare Preferred Dental Option	Prima mensual de \$21.50 por: Límite de beneficio anual de \$1,000. Servicios de Clase 1: copago de \$0. Servicios de Clase 2: Coaseguro del 20 %. Servicios de Clase 3: Coaseguro del 50 %.	Prima mensual de \$37.00 por: Límite de beneficio anual de \$1,000. Servicios de Clase 1: copago de \$0. Servicios de Clase 2: Coaseguro del 20 %. Servicios de Clase 3: Coaseguro del 50 %.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Sin período de espera. Si el plan determina que 1) se puede realizar un procedimiento, servicio o ciclo de tratamiento menos costoso en vez del tratamiento propuesto por su dentista; y que 2) el tratamiento alternativo menos costoso producirá un resultado profesionalmente satisfactorio, entonces el cargo máximo permitido por el plan será el cargo por la alternativa menos costosa. Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion.	Sin período de espera. Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Equipo médico duradero (DME) – Suministros médicos	Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio. Usted paga el 20 % de coaseguro por todos los demás suministros

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		médicos cubiertos por Medicare. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Atención de emergencia	Usted paga \$110 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER). Aun si lo dejan hospitalizado bajo observación, pagará este copago de la ER. Usted no paga esta cantidad en la ER si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro de las 24 horas por la misma afección (consulte la sección Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en su	Usted paga \$125 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER). Si lo dejan hospitalizado bajo observación después de una visita a la ER, el copago de la ER no se aplica, y usted pagará el copago de observación (consulte la sección Observación hospitalaria de pacientes externos de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer qué costos compartidos aplican para la observación hospitalaria de pacientes externos). Usted no paga el copago de la ER ni de observación si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro del mismo día por la misma afección (consulte la sección Atención hospitalaria para pacientes

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican).	hospitalizados en su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican). Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Transporte que no es de ambulancia	Usted paga \$40 por viaje en transporte que no es de ambulancia desde un hospital hasta un centro de enfermería especializada cuando	Usted paga \$0 por viaje en transporte que no es de ambulancia desde un hospital hasta un centro de enfermería especializada o hasta

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	el hospital que da el alta lo indica.	su hogar cuando el hospital que da el alta lo indica. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios del programa de tratamiento de opioides	Usted paga \$25 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP.	Usted paga \$25 por encuentro como parte de un programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Observación hospitalaria de pacientes externos	Usted paga \$0 por estadía para la observación hospitalaria de pacientes externos cubierta por Medicare. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios para pacientes externos mientras está en observación.	Usted paga \$270 por cada estadía para observación hospitalaria de pacientes externos cubierta por Medicare. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios para pacientes externos mientras está en observación.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Usted no paga el copago de esta observación hospitalaria de pacientes externos si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro del mismo día por la misma afección (consulte la sección Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados en su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican). Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Atención de salud mental de pacientes externos	Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.	Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 por citas breves en el consultorio (máximo 15 minutos) con el propósito exclusivo de controlar o cambiar medicamentos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Antes de recibir servicios de un psiquiatra, primero debe obtener un referido del PCP. No se necesita un referido para todos los demás servicios de atención de salud mental para pacientes externos.	Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	Usted paga \$30 por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare. Usted paga \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido del PCP.	Usted paga \$30 por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare. Usted paga \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta. Antes de que reciba servicios, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		antes de recibir los servicios. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	Usted paga \$0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 por los servicios de terapia de ejercicios supervisada cubiertos por Medicare. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Telemedicina – Servicios de monitoreo remoto de pacientes	Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista.	Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista. Antes de que reciba este servicio, primero debe obtener un referido del PCP. Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Servicios de urgencia	Usted paga \$50 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. No puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado	Usted paga \$45 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. No puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	en un plazo de 24 horas por la misma afección.	en el mismo día por la misma afección. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
Vista – Retinopatía diabética	Usted paga \$10 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética realizada por un optometrista y \$40 cuando la prueba de detección la realiza un especialista. Antes de que lo atienda un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP. No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care.	Usted paga \$15 o \$40 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética realizada por un optometrista o un especialista, según el tipo de servicios de la vista que reciba. Antes de que lo atienda un oftalmólogo para el diagnóstico o tratamiento de una afección de los ojos, debe obtener un referido de su PCP. No se necesita un referido para que lo atienda un optometrista, pero debe ir a un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Vista – Beneficio para anteojos	Usted recibe una asignación anual para la compra de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto. La asignación es de \$150 por año calendario para compras a proveedores participantes de EyeMed Vision Care o \$90 por año calendario para compras a proveedores no participantes de EyeMed Vision Care.	Usted recibe una asignación anual para la compra de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto, incluidas características adicionales. La asignación anual se puede usar para adquirir características adicionales para anteojos terapéuticos o cubiertos por Medicare, o para anteojos correctivos o de rutina. La asignación es de \$150 por año calendario para compras a proveedores participantes de EyeMed Vision Care o \$90 por año calendario para compras a proveedores no participantes de EyeMed Vision Care. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Subsidio de bienestar	El plan le reembolsa hasta \$150 por año calendario por ciertos programas de capacitación sobre salud y bienestar. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles sobre los artículos, las actividades y los programas cubiertos.	El plan le reembolsa hasta \$150 por año calendario por ciertos programas de capacitación sobre salud y bienestar. Los siguientes artículos, actividades y programas adicionales tendrán cobertura: • Algunos equipos de ejercicios para el hogar. • Tratamientos alternativos. • Dispositivos de seguimiento del entrenamiento y pulsómetros. • Masoterapia. • Tipos adicionales de clubes de entrenamiento y clases. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de Part D

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Formulario” o “Lista de Medicamentos”. Se facilita una copia de nuestra Lista de Medicamentos en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que pueden consistir en eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos

medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si su medicamento pasó a un nivel de costo compartido diferente.**

En 2025, ciertos medicamentos excluidos de Medicare estarán cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos/el resfriado. Se aplican copagos de Nivel 1 o Nivel 2 según el medicamento.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos comienzan a regir a principios de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios que permiten las reglas de Medicare y que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en línea al menos una vez al mes para facilitar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso acerca del cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para informarse acerca de sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o tratar de encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los beneficios y costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de Part D no se aplique a usted. Hemos incluido un encarte aparte, denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Extra Help” para pagar medicamentos recetados (también denominada Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional de LIS)*, que le indica cuáles son los costos de sus medicamentos. Si tiene “Extra Help” y no recibió el encarte con este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional de LIS*.

Desde 2025, habrá tres **períodos de pago de medicamentos**: el Período de deducible anual, el Período de cobertura inicial y el Período de cobertura catastrófica. El Período sin cobertura y el Programa de Descuentos del Período sin Cobertura ya no existirán en el beneficio de Part D.

El Programa de Descuentos del Período sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuentos del Fabricante. En el Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca cubiertos de Part D y los productos biológicos durante el Período de cobertura inicial y el Período de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los desembolsos.

Cambios en el Período de deducible

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Período 1: Período de deducible anual	El deducible es de \$225. Durante este período, usted paga un costo compartido preferido de \$0 o un costo compartido estándar de \$14 por un suministro para 30 días de los medicamentos en el Nivel 1; y un costo compartido preferido de \$4 o un costo compartido estándar de \$19 por un suministro para 30 días de los medicamentos en el Nivel 2; y el costo total de los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual. Usted paga \$0 por las vacunas del Nivel 6 en el período del deducible. Usted paga no más de \$35 por un suministro para 30 días de medicamentos de insulina cubiertos en el Período de deducible.	El deducible es de \$0. Debido a que no tenemos deducible, este período de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus costos compartidos en el Período de cobertura inicial

Para los medicamentos de los Niveles 3 y 4, el costo compartido en el Período de cobertura inicial está cambiando de copago a coaseguro. Consulte en el siguiente cuadro los cambios de 2024 a 2025.

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Período 2: Período de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. En 2024, usted pagaba \$47 de copago por los medicamentos del Nivel 3. En 2025, usted pagará un 23 % de coaseguro por los medicamentos de este Nivel. En 2024, usted pagaba \$100 de copago por los medicamentos del Nivel 4. En 2025, usted pagará un 50 % de coaseguro por los medicamentos de este Nivel. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de Part D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted. Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos/el resfriado.	Su costo por un suministro para un mes: Nivel 1: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$0. Nivel 2: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 por receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$4.	Su costo por un suministro para un mes: Nivel 1: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$0. Nivel 2: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 por receta. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$4.

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Nivel 3: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$47. Su costo por un suministro para un mes de productos de insulina cubiertos con pedido por correo en este Nivel es \$35. Nivel 4: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto	Nivel 3: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 23 % del costo total. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 23 % del costo total. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 23 % de coaseguro. Su costo por un suministro para un mes de productos de insulina cubiertos con pedido por correo en este Nivel es \$35. Nivel 4: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 50 % del costo total. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$100. Su costo por un suministro para un mes de productos de insulina cubiertos con pedido por correo en este Nivel es \$35. Nivel 5: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 29 % del costo total. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 29 % del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 29 % de coaseguro.	de insulina cubierto en este nivel. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 50 % del costo total. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 50 % de coaseguro. Su costo por un suministro para un mes de productos de insulina cubiertos con pedido por correo en este Nivel es \$35. Nivel 5: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total. Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 33 % de coaseguro.

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	Nivel 6: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6. El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6. Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará al siguiente período (el Período sin cobertura).	Nivel 6: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6. <i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6. El pedido por correo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 6. Una vez que haya pagado \$2,000 de desembolsos en medicamentos de Part D, pasará al siguiente período (el Período de cobertura catastrófica).

Cambios en el Período sin cobertura y el Período de cobertura catastrófica

El Período de cobertura catastrófica es el tercer y último período. Desde 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca cubiertos de Part D y los productos biológicos durante el Período de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuentos del Fabricante no cuentan para los desembolsos.

Si alcanza el Período de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por Part D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los costos en el Período de cobertura catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Modificaciones administrativas

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No corresponde	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos dividiéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-701-9000 o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Elección del plan

Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

Para permanecer en nuestro plan, usted no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestro plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero, si desea cambiar de plan en 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 respecto a una posible multa por inscripción tardía en Part D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Recuerde que Tufts Associated Health Maintenance Organization (Tufts Health Plan) ofrece otros planes de salud de Medicare *Y* planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribáse en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribáse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer una de las siguientes cosas:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción en el plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O* comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Se puede hacer un cambio en otro momento del año?

En determinadas circunstancias, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Extra Help” para pagar sus medicamentos, las que tienen la cobertura del empleador o van a dejarla, y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo) o vive actualmente en una de ellas, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare o sin él) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de cambiar a Original Medicare por dos meses completos después del mes de la mudanza.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Massachusetts, el SHIP se denomina SHINE, acrónimo de Serving the Health Insurance Needs of Everyone (Al servicio de las necesidades de seguro médico para todos).

Es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender las opciones de su plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a SHINE al 1-800-243-4636 (TTY: 1-800-439-2370). Para obtener más información acerca de SHINE, visite su sitio web en (www.mass.gov/health-insurance-counseling).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda para el pago de sus medicamentos recetados. A continuación, indicamos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Extra Help” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si los reúne, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, los que reúnen los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si usted reúne los requisitos, llame a los siguientes:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
 - la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - la oficina estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Massachusetts tiene un programa llamado Prescription Advantage que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o condición médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Asistencia en costos compartidos de recetas para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el Sida (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. Para ser elegibles para el ADAP que se ofrece en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, como comprobar su residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y una condición de seguro insuficiente/sin seguro. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el programa ADAP reúnen los requisitos para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH de Massachusetts (HDAP, HIV Drug Assistance Program). Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al HDAP de Massachusetts al 1-617-502-1700. Cuando llame, asegúrese de decir el nombre del plan o el número de póliza del plan de Medicare Part D.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que puede ayudarle a gestionar sus desembolsos por medicamentos desde 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a gestionar sus

costos de medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni disminuye el costo de los medicamentos.**

“Extra Help” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, ofrecen más ventajas que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-800-701-9000 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratis.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2025* (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Esta *Notificación Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web: www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web: www.thpmp.org. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario o Lista de Medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad con estrellas que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Este documento se envía cada otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y protecciones, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/publications/10050-medicare-and-you.pdf) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.