

## **Tufts Medicare Preferred Access (PPO) 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 Access PPO. 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](http://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](http://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 Access.
  - 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 Access.
  - 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 nuestro Servicios para Miembros llamando al 1-866-623-0172 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de Tufts Medicare Preferred Access

- Tufts Medicare Preferred Access es un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) de Medicare Advantage. La inscripción en Tufts Medicare Preferred Access 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 Access.

# ***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 los montos 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 Access

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 Access

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 Access en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.</p>	\$0	\$0
<p><b>Montos del desembolso máximo</b></p> <p>Este es el desembolso <u>máximo</u> que pagará por los servicios cubiertos (consulte la Sección 1.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores de la red: \$5,600</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$9,550</p>	<p>De proveedores de la red: \$5,400</p> <p>De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$9,500</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$45 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>            Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$45 por visita</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$40 por visita</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>            Visitas de atención primaria: \$0 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$40 por visita</p>
<p><b>Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            \$400 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, de rehabilitación o de</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            \$400 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, de rehabilitación o de</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>atención aguda a largo plazo.</p> <p>\$400 por día durante los días 1 al 4 y \$0 después del día 4 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital psiquiátrico.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coaseguro del 40 % por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo, o en un hospital psiquiátrico.</p>	<p>atención aguda a largo plazo.</p> <p>\$400 por día durante los días 1 al 4 y \$0 después del día 4 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital psiquiátrico.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Coaseguro del 45 % por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo, o en un hospital psiquiátrico.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p data-bbox="224 268 751 338"><b>Cobertura de medicamentos recetados de Part D</b></p> <p data-bbox="224 373 708 443">(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> <p data-bbox="224 554 777 772">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.</p>	<p data-bbox="821 268 1003 300">Deducible: \$0</p> <p data-bbox="821 373 1094 478">Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial:</p> <p data-bbox="821 554 1029 623"><b>Nivel 1 de medicamentos:</b></p> <p data-bbox="821 638 1088 814">\$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p data-bbox="821 888 1094 1064">\$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p data-bbox="821 1138 1094 1314">\$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p data-bbox="821 1388 1081 1564">\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p data-bbox="821 1638 1094 1814">\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>	<p data-bbox="1146 268 1328 300">Deducible: \$0</p> <p data-bbox="1146 373 1419 478">Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial:</p> <p data-bbox="1146 554 1354 623"><b>Nivel 1 de medicamentos:</b></p> <p data-bbox="1146 638 1412 814">\$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p data-bbox="1146 888 1419 1064">\$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p data-bbox="1146 1138 1419 1314">\$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p data-bbox="1146 1388 1406 1564">\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p data-bbox="1146 1638 1419 1814">\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> \$4-\$19 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>\$8-\$38 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>\$12-\$57 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$4 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>	<p>\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 2 de medicamentos:</b> \$8-\$20 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>\$16-\$40 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>\$24-\$60 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$16 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 60 días.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b>                      \$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.</p> <p>\$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.</p> <p>\$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.</p>	<p>\$16 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p><b>Nivel 3 de medicamentos:</b>                      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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>\$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.</p>	<p>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.</p>
	<p>\$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.</p>	<p>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.</p>
	<p>\$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 producto de insulina cubierto en este nivel.</p>	<p>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 producto de insulina cubierto en este nivel.</p>
	<p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b>                  \$100 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro</p>	<p><b>Nivel 4 de medicamentos:</b>                  Coaseguro del 50 % por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$200 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.</p> <p>\$300 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.</p> <p>\$100 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.</p> <p>\$200 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro</p>	<p>suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>50 % 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.</p> <p>50 % 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.</p> <p>Coaseguro del 50 % 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.</p> <p>Coaseguro del 50 % por receta en una farmacia de pedidos por correo por un</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$300 por receta en una farmacia de pedidos por correo 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.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b> Coaseguro del 33 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <p><b>Nivel 6 de medicamentos:</b> \$0 por vacuna del Nivel 6.</p>	<p>suministro para hasta 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Coaseguro del 50 % por receta en una farmacia de pedidos por correo 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.</p> <p><b>Nivel 5 de medicamentos:</b> Coaseguro del 33 % por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>Los suministros para 60 y 90 días no están cubiertos para los medicamentos en el Nivel 5.</p> <p><b>Nivel 6 de medicamentos:</b> \$0 por vacuna del Nivel 6.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
	<p>No se aplica en pedidos por correo.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<p>No se aplica en pedidos por correo.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

## 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)
<b>Prima mensual</b>  No hay cambios en la prima del plan para el próximo año de beneficios.  (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B).	\$0	\$0

- 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.

### Sección 1.2 – Cambios en los montos del desembolso máximo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga por desembolsos durante el año. Estos límites se denominan “montos 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)
<b>Monto del desembolso máximo dentro de la red</b>  Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red se incluyen en su monto del desembolso máximo dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados no se incluyen en su monto del desembolso máximo.	\$5,600	\$5,400  Una vez que haya pagado \$5,400 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		durante el resto del año calendario.
<p><b>Monto del desembolso máximo combinado</b></p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red se incluyen en su monto del desembolso máximo combinado. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes externos no se incluyen en su monto del desembolso máximo por servicios médicos.</p>	\$9,550	<p>\$9,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,500 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

### 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](http://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](http://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](http://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)
<p><b>Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por este examen de detección preventivo cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por este examen de detección preventivo cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Examen médico anual</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen médico anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por un examen médico anual.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen médico anual.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Visita anual de bienestar</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por la visita anual de bienestar.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita anual de bienestar.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Servicios sanguíneos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por servicios sanguíneos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Medición de la masa ósea</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección del cáncer de seno (mamografías)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por las mamografías de detección cubiertas.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por las mamografías de detección cubiertas.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes por enfermedad cardiovascular</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes de enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes por enfermedad cardiovascular que están cubiertos una vez cada 5 años.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>enfermedad cardiovascular.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Usted paga el 40 % de coaseguro por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedad cardiovascular.</p>	<p>enfermedad cardiovascular.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>                      No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Usted paga el 40 % de coaseguro por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>                      No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el Papanicoláu y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios quiroprácticos – Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos – Evaluación inicial</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por la evaluación quiropráctica inicial cubierta una vez por año calendario.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Examen de detección de cáncer colorrectal</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos los enemas de bario.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos los enemas de bario.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos los enemas de bario.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, incluidos los enemas de bario.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por los servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección de depresión</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por una visita anual de detección de depresión.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de depresión.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección de la diabetes</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b>            Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes de detección de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>            Usted paga el 40 % de coaseguro por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>            Usted paga el 45 % de coaseguro por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Equipo médico duradero (DME) – Suministros médicos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Usted paga el 20 % de coaseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio. Si no, paga un coaseguro del 20 %.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coaseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por suministros médicos cubiertos por Medicare como parte de una visita al consultorio. Si no, paga un coaseguro del 50 %.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
Atención de emergencia	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$90 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER).</p> <p>Aun si lo dejan hospitalizado bajo observación, pagará este copago de la ER.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$125 por cada visita cubierta a la sala de emergencias (ER).</p> <p>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 <b>Observación hospitalaria de pacientes externos</b> de su <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer qué costos compartidos aplican para la observación hospitalaria de pacientes externos).</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>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 <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> en su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican).</p>	<p>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 <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> en su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican).</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Audición – Examen auditivo de diagnóstico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por visita por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Audición – Examen auditivo de rutina</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen auditivo de rutina anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por visita por un examen auditivo de rutina anual.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por un examen auditivo de rutina anual.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por un examen auditivo de rutina anual.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Colocación de prótesis auditiva</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva recibidas a través de Hearing Care Solutions.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva realizadas por proveedores que no sean Hearing Care Solutions.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva recibidas a través de Hearing Care Solutions.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por las evaluaciones de la colocación de la prótesis auditiva realizadas por proveedores que no sean Hearing Care Solutions.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Exámenes de detección del VIH</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes preventivos de detección del VIH cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo de detección del VIH cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los exámenes preventivos de detección del VIH cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Atención de una agencia de atención médica a domicilio</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coaseguro por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 50 % de coaseguro por los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga \$400 por día para los días 1 al 5 y \$0 después del día 5.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga el 40 % de coaseguro por estadía.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga \$400 por día para los días 1 al 5 y \$0 después del día 5.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de atención aguda, usted paga el 45 % de coaseguro por estadía.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga \$400 por día</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga \$400 por día</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>para los días 1 al 5 y \$0 después del día 5 por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga el 40 % de coaseguro por estadía por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p>para los días 1 al 5 y \$0 después del día 5 por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital de rehabilitación aguda o de atención aguda a largo plazo, usted paga el 45 % de coaseguro por estadía por hasta 90 días en un período de beneficios para servicios recibidos cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios como paciente hospitalizado en un hospital psiquiátrico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>\$400 por día para los días 1 al 4 y \$0 después del día 4.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga el 40 % de coaseguro por estadía.</p>	<p>\$400 por día para los días 1 al 4 y \$0 después del día 4.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Cada vez que ingresa a un hospital psiquiátrico para recibir servicios cubiertos, usted paga el 45 % de coaseguro por estadía.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Estadía de pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos durante una estadía de paciente hospitalizado no cubierta</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare proporcionados en el hospital o centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por el beneficio del MDPP.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por el beneficio del MDPP.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Terapia médica de nutrición</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No hay coaseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por servicios de terapia médica de nutrición cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Part B</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga hasta un 20 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por la insulina cubierta cuando se utiliza con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga hasta el 20 % de coaseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Part B.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 40 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por la insulina cubierta cuando se utiliza con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga el 40 % de coaseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Part B.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga hasta un 20 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por la insulina cubierta cuando se utiliza con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga hasta el 20 % de coaseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Part B.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga el 45 % de coaseguro por los medicamentos recetados para quimioterapia de Medicare Part B.</p> <p>Usted paga \$35 al mes por la insulina cubierta cuando se utiliza con una bomba de insulina.</p> <p>Usted paga el 45 % de coaseguro por todos los demás medicamentos recetados no quimioterapéuticos de Medicare Part B.</p>

<b>Costo</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
	<p>Los medicamentos de Part B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p>Los medicamentos de Part B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Transporte que no es de ambulancia</b>	<p>El transporte que no es de ambulancia no tiene cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0 por viaje en transporte que no es de ambulancia con un transporte aprobado por el plan desde un hospital hasta un centro de enfermería especializada o hasta su hogar cuando el hospital que da el alta lo indica.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Exámenes de detección de la obesidad y terapia para fomentar una pérdida de peso constante</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los exámenes preventivos de detección y la terapia de la obesidad.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Citas en el consultorio – Especialista</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada visita o consulta en persona o por telemedicina cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por cada visita o consulta en persona o por telemedicina cubierta en un centro para pacientes externos con un especialista.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por encuentro por los servicios del programa de tratamiento de</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por encuentro por los servicios del programa de tratamiento de</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>opioides cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p>	<p>opioides cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios del programa de tratamiento de opioides cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes diagnósticos de laboratorio para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$100 por día por una ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$200 por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$100 por día por una ecografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$140 por día por otros servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare que no sean ecografías.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de diagnóstico para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por día por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por día por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los exámenes de diagnóstico para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de radiología terapéutica para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$60 por día por la radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por la radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$60 por día por la radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por la radioterapia cubierta por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
<b>Radiografías de diagnóstico para pacientes externos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por día por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por día por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por las radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Observación hospitalaria de pacientes externos</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por hospitalización para observación.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por hospitalización para observación.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$390 por hospitalización para observación.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por hospitalización para observación.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios para pacientes externos mientras está en observación.</p>	<p>Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios para pacientes externos mientras está en observación.</p> <p>Usted no paga el costo compartido de esta observación hospitalaria de pacientes externos si lo ingresan como paciente hospitalizado dentro del mismo día por la misma afección (consulte la sección <b>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</b> en su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener información sobre los costos compartidos que se aplican).</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>                      Consulte las secciones que figuran a continuación en este cuadro para conocer los detalles y cambios correspondientes:</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>                      Consulte las secciones que figuran a continuación en este cuadro para conocer los detalles y cambios correspondientes:</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b>Servicios de observación:</b> consulte “Observación hospitalaria de pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Cirugía ambulatoria:</b> consulte “Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria” en este cuadro.</p> <p><b>Análisis de laboratorio:</b> consulte “Exámenes diagnósticos de laboratorio para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Exámenes de diagnóstico:</b> consulte “Exámenes de diagnóstico para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Radiografías:</b> consulte “Radiografías de diagnóstico para pacientes externos” en este cuadro.</p>	<p><b>Servicios de observación:</b> consulte “Observación hospitalaria de pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Cirugía ambulatoria:</b> consulte “Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria” en este cuadro.</p> <p><b>Análisis de laboratorio:</b> consulte “Exámenes diagnósticos de laboratorio para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Exámenes de diagnóstico:</b> consulte “Exámenes de diagnóstico para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Radiografías:</b> consulte “Radiografías de diagnóstico para pacientes externos” en este cuadro.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b>Servicios de radiología:</b> consulte “Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos” y “Servicios de radiología terapéutica para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Atención de salud mental y Hospitalización parcial:</b> consulte “Atención de salud mental de pacientes externos” y “Servicios de hospitalización parcial” en este cuadro.</p> <p><b>Cuidado por dependencia de sustancias químicas:</b> consulte “Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias” en este cuadro.</p> <p><b>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo:</b> consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” en este cuadro.</p>	<p><b>Servicios de radiología:</b> consulte “Servicios de radiología de diagnóstico para pacientes externos” y “Servicios de radiología terapéutica para pacientes externos” en este cuadro.</p> <p><b>Atención de salud mental y Hospitalización parcial:</b> consulte “Atención de salud mental de pacientes externos” y “Servicios de hospitalización parcial” en este cuadro.</p> <p><b>Cuidado por dependencia de sustancias químicas:</b> consulte “Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias” en este cuadro.</p> <p><b>Medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo:</b> consulte “Medicamentos recetados de Medicare Part B” en este cuadro.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Atención de salud mental de pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios de salud mental para pacientes externos cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$40 por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$30 por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por una visita de fisioterapia o terapia ocupacional después de un procedimiento quirúrgico ambulatorio antes del alta.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada visita de fisioterapia, de terapia ocupacional o de terapia del habla y el lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios cubiertos por Medicare para</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por cada visita de terapia individual o grupal para servicios cubiertos por Medicare para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada visita de terapia individual o grupal para los servicios cubiertos por Medicare para</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias.	pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias.  Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
<b>Cirugía ambulatoria, que incluye servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros de cirugía ambulatoria</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por las colonoscopias cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$290 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$390 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por las colonoscopias cubiertas por Medicare.</p> <p>Usted paga \$290 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Usted paga \$390 por día por otros procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en un hospital para pacientes externos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en hospitales para pacientes externos y en centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por procedimientos y servicios ambulatorios, incluidos, entre otros, endoscopia de diagnóstico y terapéutica y cirugía ambulatoria realizada en hospitales para pacientes externos y en centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Medicamentos de venta sin receta (OTC) para productos de Medicare</b></p>	<p>Usted recibe \$60 de crédito por trimestre calendario para usar en productos sin receta (OTC) aprobados por Medicare.</p> <p>Usted es responsable de la compra de los OTC aprobados por Medicare que excedan este límite de beneficios trimestral.</p>	<p>Usted recibe \$130 de crédito por trimestre calendario para usar en productos sin receta (OTC) aprobados por Medicare.</p> <p>Usted es responsable de la compra de los OTC aprobados por Medicare que excedan este límite de beneficios trimestral.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente.</p>	<p>El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se transferirá al siguiente.</p> <p>No tire su tarjeta de gastos vigente de Visa Flex Advantage. Continuará usando la tarjeta vigente para acceder a los beneficios dentales y por OTC en 2025.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor certifica que el tratamiento</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor de la red certifica que el tratamiento para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos si un proveedor certifica que el tratamiento</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.	para pacientes hospitalizados sería necesario sin ellos.  <i>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</i>
<b>Servicios de podología</b>	<b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.	<b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.  <i>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</i>
<b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b>	<b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare ni por el examen anual del antígeno específico de la próstata (PSA).  <b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare o por el examen anual del antígeno específico de la próstata (PSA).	<b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare ni por el examen anual del antígeno específico de la próstata (PSA).

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$15 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por el beneficio preventivo de exámenes de detección y orientación para reducir el consumo excesivo de alcohol cubierto por Medicare.</p>	<p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible para la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por la visita de orientación y de toma de decisiones en conjunto o para la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y orientación para prevenirlas</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y orientación para prevenirlas cubierto por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y orientación para prevenirlas cubierto por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de exámenes de detección de ITS y orientación para prevenirlas cubierto por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios para tratar enfermedades del riñón – Diálisis</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coaseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga el 20 % de coaseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.
<b>Servicios para tratar enfermedades del riñón – Capacitación</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de capacitación sobre enfermedades del riñón.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios de capacitación sobre enfermedades del riñón.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de capacitación sobre enfermedades del riñón.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios de capacitación sobre enfermedades del riñón.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)</b>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Por cada ingreso, usted paga \$0 para los días del 1 al 20 de un período de beneficios, \$190 por día para los días del 21 al 44, y \$0 para los días del 45 al 100 de un período de beneficios.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por cada ingreso, hasta 100 días.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Por cada ingreso, usted paga \$0 para los días del 1 al 20 de un período de beneficios, \$190 por día para los días del 21 al 44, y \$0 para los días del 45 al 100 de un período de beneficios.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por cada ingreso, hasta 100 días.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p>	<p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Dejar de fumar o de consumir tabaco (orientación para dejar de fumar o de consumir tabaco)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Terapia de ejercicios supervisada (SET) para la enfermedad arterial periférica (PAD)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$25 por visita por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 45 % de coaseguro por los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Telemedicina – Monitoreo remoto de pacientes (RPM)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> El monitoreo remoto de pacientes no está cubierto.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes que presta su PCP o especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> El monitoreo remoto de pacientes no está cubierto.</p> <p>Excepto en una emergencia, es posible que se requiera una autorización previa antes de recibir este</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>servicio dentro de la red.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Atención de urgencia</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>            Usted paga \$45 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>No puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>            Usted paga \$45 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>No puede evadir el copago si lo ingresan al hospital como paciente hospitalizado en el mismo día por la misma afección.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Vista – Retinopatía diabética</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b>            Usted paga \$0 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética realizada por un optometrista y \$45 cuando la prueba de detección la realiza un especialista.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>            Usted paga \$0 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.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por una prueba de detección anual de retinopatía diabética.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Vista – Examen oftalmológico de diagnóstico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por cada visita para pacientes externos cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección del ojo.</p>	<p><b><u>Dentro de la red y fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por cada visita para pacientes externos cubierta por Medicare para servicios de diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o afección del ojo.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Vista – Beneficio para anteojos</b></p>	<p>Usted recibe una asignación de \$150 por año calendario para la compra de anteojos estándar (lentes recetados, monturas o una combinación de ambos) o lentes de contacto.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$250 por año calendario 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</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
		<p>adicionales para anteojos terapéuticos o cubiertos por Medicare, o para anteojos correctivos o de rutina.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Vista – Prueba de detección de glaucoma</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por una prueba anual de detección de glaucoma realizada por un proveedor de la red de EyeMed Vision Care si tiene un alto riesgo. Si recibe estos servicios como parte de una visita en el consultorio que trata una afección, pagará un copago de \$45 por visita en el consultorio del especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$45 por visita por una prueba anual de detección de glaucoma si tiene un alto riesgo.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> Usted paga \$0 por una prueba anual de detección de glaucoma realizada por un proveedor de la red de EyeMed Vision Care si tiene un alto riesgo. Si recibe estos servicios como parte de una visita en el consultorio que trata una afección, pagará un copago de \$40 por visita en el consultorio del especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$40 por visita por una prueba anual de detección de glaucoma si tiene un alto riesgo.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Vista – Examen oftalmológico de rutina</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio, pagará un copago de \$45 por visita en el consultorio del especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga \$45 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de EyeMed Vision Care.</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Si recibe servicios que tratan una afección durante la misma visita en el consultorio, pagará un copago de \$40 por visita en el consultorio del especialista.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>  Usted paga \$40 por un examen oftalmológico de rutina anual cuando lo realiza un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de EyeMed Vision Care.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Vista – Anteojos terapéuticos (cubiertos por Medicare y cobertura complementaria)</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia cuando</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b>  Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia cuando</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido.</p> <p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas que son superiores a las estándar.</p>	<p>se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos terapéuticos. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p> <p>Usted paga \$0 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de la red EyeMed Vision Care. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos cubiertos por Medicare. Cuando se</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Usted paga \$45 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia cuando se obtienen de un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido.</p> <p>Usted paga \$45 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto</p>	<p>acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b>                      Usted paga \$40 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto para queratocono, anisometropía, alta miopía, afaquia, afaquia congénita o pseudofaquia cuando se obtienen de un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red de EyeMed Vision Care. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos terapéuticos. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p> <p>Usted paga \$40 por un par de anteojos estándar con monturas estándar o lentes de contacto</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red EyeMed Vision Care. Usted pagará cualquier costo que supere el cargo permitido por Medicare si compra monturas que son superiores a las estándar.</p>	<p>cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas cuando se obtienen de un proveedor de EE. UU. que no forma parte de la red EyeMed Vision Care. Puede usar la asignación para anteojos en EyeMed para adquirir características adicionales (es decir, monturas o lentes fuera de lo estándar) para sus anteojos cubiertos por Medicare. Cuando se acabe su asignación para anteojos, sin embargo, deberá pagar los saldos restantes.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Usted paga \$30 por día por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita</p>	<p><b><u>Dentro de la red:</u></b> No debe pagar coaseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Usted paga \$30 por día por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga el 40 % de coaseguro por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Usted paga el 40 % de coaseguro por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b> Usted paga \$0 por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Usted paga el 45 % de coaseguro por un único electrocardiograma cubierto por Medicare ordenado como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Subsidio de bienestar</b></p>	<p>El plan le reembolsa hasta \$350 por año calendario por ciertos programas de capacitación sobre salud y bienestar.</p>	<p>El plan le reembolsa hasta \$185 por año calendario por ciertos programas de capacitación sobre salud y bienestar.</p> <p>Los siguientes artículos, actividades y programas adicionales tendrán cobertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunos equipos de ejercicios para el hogar.</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles sobre los artículos, las actividades y los programas cubiertos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamientos alternativos.</li> <li>• Dispositivos de seguimiento del entrenamiento y pulsómetros.</li> <li>• Masoterapia.</li> <li>• Tipos adicionales de clubes de entrenamiento y clases.</li> </ul> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p>

## 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. 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**

<b>Período</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<b>Período 1: Período de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, este período de pago no se aplica a usted.	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)
<p><b>Período 2: Período de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de Part D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>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.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes:</p> <p><b>Nivel 1:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$0.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 por receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$4.</p> <p><b>Nivel 3:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes:</p> <p><b>Nivel 1:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$0.</p> <p><b>Nivel 2:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$8 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$20 por receta.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$8.</p> <p><b>Nivel 3:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 23 % del costo total.</p>

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

Período	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es \$100. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 33 % de coaseguro.</p> <p><b>Nivel 6:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p>	<p>del costo total. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 50 % de coaseguro. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 5:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga el 33 % del costo total.</p> <p>Su costo por un suministro para un mes de medicamentos recetados con pedido por correo es un 33 % de coaseguro.</p> <p><b>Nivel 6:</b> <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas del Nivel 6.</p>

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

### **Cambios en 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)
<p><b>Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare</b></p>	<p>No corresponde</p>	<p>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 <b>pagos mensuales que varían a lo largo del año</b> (de enero a diciembre).</p> <p>Para saber más sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-623-0172 o visite <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>

## SECCIÓN 3 Elección del plan

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred Access

**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 Access.

---

## Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

---

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero, si desea cambiar de plan para 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](http://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. 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**, inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred Access.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred Access.
- 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](http://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) al 1-617-502-1700. 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 1-866-623-0172 o visite [Medicare.gov](http://Medicare.gov).

## SECCIÓN 7 ¿Tiene alguna pregunta?

### Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred Access

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 1-866-623-0172 (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 Access. 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](http://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](http://www.thpmp.org). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) 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](http://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](http://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](http://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.