

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

Notificación Anual de Cambios para 2024

Usted está inscrito actualmente como miembro de Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx. El próximo año habrá 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 costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

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

Qué debe hacer ahora

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

- Revise los cambios realizados a nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios realizados a los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios realizados a nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense en si está satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones de planes

- Consulte la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2024*.
- 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 2023, permanecerá en Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx.

- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto pondrá fin a su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx.
- Si se mudó hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), vive actualmente o acaba de salir de allí, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

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

Acerca de Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx

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

Notificación Anual de Cambios para 2024

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2024

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

Sección 1.2. Cambios en el monto del desembolso máximo

Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias

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

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

SECCIÓN 2 Elección del plan

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx

Sección 2.2. Si desea cambiar de plan

SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx

Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 con los de 2024 para el plan Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto (consulte la Sección 1.1 para obtener más información).</p> | \$167 | \$159 |
| <p>Monto del desembolso máximo</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> | \$3,650 | \$3,650 |
| <p>Visitas al consultorio del médico</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$10 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$25 por visita</p> | <p>Visitas de atención primaria: \$10 por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$25 por visita</p> |
| <p>Estadías hospitalarias como paciente hospitalizado</p> | <p>Usted paga \$200 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.</p> | <p>Usted paga \$200 por día durante los días 1-5 y \$0 después del día 5 por los servicios cubiertos por Medicare recibidos en un hospital de atención aguda general, psiquiátrico, de rehabilitación o de atención aguda a largo plazo.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de Part D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más información).</p> <p>En 2024, los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluirán una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés), vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado.</p> | <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>\$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>\$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$0 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>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coaseguro durante el Período de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 de medicamentos: \$0-\$14 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días.</p> <p>\$0-\$28 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 60 días.</p> <p>\$0-\$42 por receta en una farmacia minorista por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>\$0 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para 30 días.</p> <p>\$0 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> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Nivel 2 de medicamentos: \$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>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para</p> | <p>Nivel 2 de medicamentos: \$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>\$8 por receta en una farmacia de pedidos por correo por un suministro para hasta 90 días.</p> <p>Nivel 3 de medicamentos: \$47 por receta en una farmacia minorista por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>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>\$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>\$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>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>\$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>\$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> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <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>Nivel 4 de medicamentos: \$100 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días. Usted paga \$105 en una farmacia minorista y \$70 en una de pedidos por correo por un suministro para 90 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>Nivel 4 de medicamentos: \$100 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 30 días. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$200 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 60 días. Usted paga \$70 por un suministro para 60 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>\$300 por receta en una farmacia minorista o de pedidos por correo por un suministro para 90 días. Usted paga \$105 por un suministro para 90 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Nivel 5 de medicamentos: El 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>Nivel 6 de medicamentos: \$0 por vacuna de Nivel 6.</p> <p>No se aplica en pedidos por correo.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante este período de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se llama coaseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que | <p>Nivel 5 de medicamentos: El 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>Nivel 6 de medicamentos: \$0 por vacuna de Nivel 6.</p> <p>No se aplica en pedidos por correo.</p> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por Part D. Usted no paga nada. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| | <p>se trata como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). Usted paga \$0 por las vacunas de Nivel 6 cubiertas y no más de \$35 por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos de insulina cubiertos.</p> | |

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

Sección 1.1. Cambios en la prima mensual

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B). | \$167 | \$159 |
| Beneficio complementario opcional: Tufts Medicare Preferred Dental Option | \$19.50 | \$21.50 |

- La prima mensual del plan será *más alta* si se le exige pagar una multa de por vida por inscripción tardía en Part D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (lo que también se denomina cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, quizá tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *más baja* si recibe “Extra Help” como ayuda con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 5 acerca de “Extra Help” de Medicare.

Sección 1.2. Cambios en el monto del desembolso máximo

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

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monto del desembolso máximo Los costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) se contabilizan en su monto del desembolso máximo. La prima del plan y los costos por medicamentos recetados no se contabilizan en su monto del desembolso máximo. No hay cambios en el monto del desembolso máximo para el próximo año de beneficios. | \$3,650 | \$3,650 Una vez que haya pagado \$3,650 en desembolsos por concepto de servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario. |

Sección 1.3. Cambios en las redes de proveedores y farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores 2024* para constatar si sus proveedores (proveedor primario de cuidados médicos, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de farmacias 2024* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y 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 | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Tufts Medicare Preferred Dental Option | Límite de beneficio anual de \$1,000 | Límite de beneficio anual de \$1,000 |
| | Servicios de Clase 1: copago de \$0 | Servicios de Clase 1: copago de \$0 |
| | Servicios de Clase 2: coaseguro del 20 % | Servicios de Clase 2: coaseguro del 20 % |
| | Servicios de Clase 3: coaseguro del 50 % | Servicios de Clase 3: coaseguro del 50 % |
| | Prima mensual de \$19.50 | Prima mensual de \$21.50 |
| | No hay período de espera | No hay período de espera |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion. | Los servicios tienen cobertura solo con proveedores de la red de PPO de Dominion. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. |
| Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés): suministros y servicios para diabéticos | Los monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés) terapéuticos cubiertos se limitan a los productos FreeStyle Libre fabricados por Abbott. No existe una marca preferida para los CGM complementarios. | Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considere DME. No existe una marca preferida para los CGM complementarios. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. |
| Servicios de audición: exámenes auditivos de diagnóstico | Usted paga \$25 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. Antes de hacerse un examen auditivo de diagnóstico con un especialista, debe obtener un referido de su médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés). | Usted paga \$25 por un examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. |
| Comidas poshospitalización/rehabilitación | No está cubierto. | Usted paga \$0 por hasta 28 comidas entregadas |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>a domicilio (2 comidas al día durante 14 días) suministradas por un proveedor aprobado por el plan después de un alta calificada del hospital o centro de cuidados prolongados. No hay un límite anual para la cantidad de altas después de las cuales se pueden proporcionar comidas.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| <p>Medicamentos recetados de Medicare Part B</p> | <p>Los medicamentos de Part B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Categorías de medicamentos de Part B para terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedades raras ● Autoinmunes ● Preparados de hierro parenteral ● Oncología ● Oncología, de apoyo ● Trastornos de la retina ● Inyecciones de acetónido de triamcinolona | <p>Los medicamentos de Part B pueden estar sujetos a los requisitos de terapia escalonada.</p> <p>Categorías de medicamentos de Part B para terapia escalonada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedades raras ● Autoinmunes ● Preparados de hierro parenteral ● Oncología ● Oncología, de apoyo ● Trastornos de la retina ● Inyecciones de acetónido de triamcinolona |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Viscosuplementos | <ul style="list-style-type: none"> • Viscosuplementos • Toxinas botulínicas • Trastornos endocrinos <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| <p>MyHome Care</p> | <p>Usted paga \$600 por episodio de atención.</p> <p>Este beneficio proporciona a los miembros la opción de recuperarse de afecciones específicas, cuando sea clínicamente apropiado, con servicios y apoyos médicamente necesarios prestados en su residencia.</p> <p>Debe reunir los requisitos para poder optar a este beneficio.</p> | <p>No está cubierto.</p> |
| <p>Visitas al consultorio: servicios de telehealth adicionales no están cubiertos por Medicare</p> | <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (asistentes médicos [PA por sus siglas en inglés] y enfermeras practicantes [NP por sus siglas en inglés]) | <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos de atención primaria y otros profesionales del cuidado de la salud (asistentes médicos [PA] y enfermeras practicantes [NP]) • Servicios de médicos especialistas |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos especialistas • Sesiones individuales o grupales para servicios especializados de salud mental • Sesiones individuales o grupales para servicios de psiquiatría • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Servicios de observación • Sesiones individuales o grupales para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos • Servicios de educación sobre enfermedades renales • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios de urgencia | <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones individuales o grupales para servicios especializados de salud mental • Sesiones individuales o grupales para servicios de psiquiatría • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Servicios de observación • Sesiones individuales o grupales para el trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos • Servicios de educación sobre enfermedades renales • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios de urgencia • Servicios de fisioterapia y patología del habla-lenguaje <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| <p>Monitoreo remoto de pacientes (RPM por sus siglas en inglés)</p> | <p>Usted paga el copago aplicable por los servicios de monitoreo</p> | <p>Usted paga \$0 por los servicios de monitoreo remoto de pacientes</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | remoto de pacientes prestados por su PCP o especialista. | prestados por su PCP o especialista. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. |
| Beneficio complementario especial para enfermos crónicos (SSBCI por sus siglas en inglés) | No está cubierto. | Cubierto para miembros con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés), diabetes, demencia, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus siglas en inglés) y accidente cerebrovascular. Se requiere la participación en Gestión de la Atención y los gerentes de atención referirán a los miembros elegibles para recibir servicios elegibles. Servicios cubiertos: Copago de \$0 por transporte médico que no sea de emergencia por parte de un proveedor aprobado por el plan a citas médicas y otros lugares aprobados. Coaseguro del 10 % por oxímetro de pulso suministrado por un proveedor de DME aprobado por el plan. |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>Se aplican límites de viaje y cantidad máxima al transporte que no sea de emergencia y al oxímetro de pulso, respectivamente.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| Atención de urgencia | Usted paga \$30 por cada visita a un centro de atención de urgencia cubierta por Medicare. | <p>Usted paga \$30 por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| Atención de la vista | La cobertura de lentes de contacto no incluye la adaptación ni el seguimiento tras la colocación inicial. | <p>La cobertura de lentes de contacto incluye la adaptación y el seguimiento tras la colocación inicial.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| Programas de control del peso | El plan reembolsará a los miembros hasta un máximo anual de \$150 por cuotas de programas de pérdida de peso, como WeightWatchers, Jenny Craig o un programa de pérdida de peso hospitalario. Este beneficio no | <p>El plan reembolsará a los miembros hasta un máximo anual de \$150 por cuotas de programas de pérdida de peso, como WeightWatchers o un programa de pérdida de peso hospitalario. Este beneficio no cubre los costos de</p> |

| Costo | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | cubre los costos de comidas/alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o suministros. | comidas/alimentos preenvasados, libros, videos, balanzas ni otros artículos o suministros. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información. |

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

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Entregamos una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en forma electrónica.

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 2024, 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/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, durante el año, podríamos hacer otros cambios que permiten las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) considere inseguros o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Mantenemos al día nuestra “Lista de medicamentos” en línea para facilitar la lista de medicamentos más actualizada.

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 comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Tome en cuenta lo siguiente: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **es posible que la información sobre 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.

Hay cuatro **períodos de pago de medicamentos**. La siguiente información muestra los cambios en los dos primeros períodos: el Período de deducible anual y el Período de cobertura inicial (la mayoría de los miembros no alcanzan los otros dos períodos: el Período sin cobertura o el Período de cobertura catastrófica).

Cambios en el Período de deducible

| Período | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Período 1: Período de deducible anual | 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

Consulte en el siguiente cuadro los cambios de 2023 a 2024.

| Período | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Período 2: Período de cobertura inicial</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden a un suministro para un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o para recetas de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p> <p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra “Lista de</p> | <p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <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 en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$14 por receta.</p> |

| Período | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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>En 2024, los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluirán una cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado.</p> | <p>Nivel 2: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 por receta.</p> <p>Nivel 3: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</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>Nivel 4: <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>Nivel 2: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$4 por receta.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$19 por receta.</p> <p>Nivel 3: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</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>Nivel 4: <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> |

| Período | 2023 (este año) | 2024 (próximo año) |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: <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>Nivel 6: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas de Nivel 6.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas de Nivel 6.</p> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará al siguiente período (el Período sin cobertura).</p> | <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta. Usted paga \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 5: <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>Nivel 6: <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas de Nivel 6.</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$0 por todas las vacunas de 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> |

Cambios en los Períodos sin cobertura y de cobertura catastrófica

Los otros dos períodos de cobertura de medicamentos (el Período sin cobertura y el Período de cobertura catastrófica) son para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no alcanzan el Período sin cobertura o el Período de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, 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 estos períodos, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Elección del plan

Sección 2.1. Si desea permanecer en el plan Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx

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

Sección 2.2. Si desea cambiar de plan

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:
 - 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 3 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 2024.

¿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 o van a dejar la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (bien sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (bien sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó hace poco a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), vive actualmente o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (bien sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (bien sea con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP por sus siglas en inglés) 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).

Se trata de 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 ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a entender sus opciones de planes 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 (www.mass.gov/health-insurance-counseling).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda con 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 usted los reúne, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán período sin cobertura ni 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 8:00 a.m. y 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 de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **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 por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas con VIH/sida que son elegibles para ADAP tengan acceso a medicamentos esenciales para tratar el VIH. 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 en costos compartidos de recetas a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el VIH (HDAP por sus siglas en inglés) de Massachusetts. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al HDAP de Massachusetts al 1-617-502-1700.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1. Cómo obtener ayuda del plan Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx

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

Lea su *Evidencia de Cobertura 2024* (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 2024. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de Cobertura 2024* de Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web www.thpmp.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para pedirnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.thpmp.org. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario o "Lista de medicamentos"*).

Sección 6.2. Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea *Medicare y usted 2024*

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. 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 (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/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.