

# Resumen de beneficios

**Enero de 2023**

Mass General Brigham Advantage (PPO)

Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)

Este resumen de beneficios cubre los planes de los siguientes condados de Massachusetts:  
Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Nuestra red incluye otros proveedores y farmacias.

Este plan está suscrito por Mass General Brigham Health Plan, Inc.

H9485\_0411PDT\_M

En este folleto, se le proporciona un resumen de los medicamentos y servicios médicos que Mass General Brigham Advantage (PPO) y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) cubren y lo que usted debe pagar.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

Llame al **1-855-833-3668** (TTY: 711) para obtener más información.

Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m., hora del este, de lunes a domingo

Del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos por su plan, llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente y solicite la “Evidencia de Cobertura”. También puede acceder a la “Evidencia de Cobertura” en línea en el sitio web: **MassGeneralBrighamAdvantage.org**.



# Resumen de beneficios

**1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023**

## **Tiene la opción de elegir cómo recibir los beneficios de Medicare.**

Puede obtener sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). El gobierno federal gestiona directamente Original Medicare.

Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al unirse a un plan de salud de Medicare (como Mass General Brigham Advantage [PPO] y Mass General Brigham Advantage Premier [PPO]).

## **Consejos para comparar sus opciones de Medicare**

En este folleto de Resumen de Beneficios, se le proporciona un resumen de lo que Mass General Brigham Advantage (PPO) y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) cubren y lo que usted debe pagar.

Para comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pídale a los representantes de los otros planes sus folletos de resumen de beneficios o utilice el buscador de planes de Medicare en [medicare.gov](https://www.medicare.gov).

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise su manual actual *Medicare y Usted*. Puede revisarlo en línea en [medicare.gov](https://www.medicare.gov) u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande.

Es posible que este documento no esté disponible en otros idiomas además de inglés. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Cliente al número que se indica en la siguiente sección.



# Lo que debe saber sobre nuestros planes

Información de contacto y horario de atención	
<b>Miembros</b>	
Del 1.º de octubre al 31 de marzo 1-855-833-3668 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana	Del 1.º de abril al 30 de septiembre 1-855-833-3668 (TTY: 711) De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 5 días a la semana, de lunes a viernes
Si llama fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje que incluya su nombre y número de teléfono, y un representante le devolverá la llamada a más tardar un día laborable después de dejar el mensaje. El Servicio de Atención al Cliente también dispone de servicios de intérprete para las personas que no hablan inglés.	
<b>No miembros</b>	
1-888-828-5500 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana	Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester
Nuestro sitio web: <b>MassGeneralBrighamAdvantage.org</b>	

## ¿Quién puede afiliarse?

Para unirse a Mass General Brigham Advantage (PPO) o Mass General Brigham Advantage Premier (PPO), debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Massachusetts: Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester.

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

Los miembros de Mass General Brigham Advantage (PPO) y Mass General Brigham Advantage Premier (PPO) tienen acceso a los proveedores del sistema de Mass General Brigham, además de a una amplia red de médicos, hospitales, médicos, farmacias y otros proveedores en todo Massachusetts. Si utiliza proveedores de nuestra red, pagará menos por sus servicios cubiertos. También puede usar proveedores que no están en nuestra red, pero pagará más por sus servicios cubiertos.

Puede revisar los directorios de proveedores y farmacias del plan en **MassGeneralBrighamAdvantage.org** o llamarnos para que le enviemos una copia de los directorios. La red de farmacias y proveedores puede cambiar en cualquier momento.



## ¿Qué cubrimos?

Cubrimos todo lo que Original Medicare cubre y más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. En el caso de algunos de estos beneficios, es posible que pague más en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En otros, puede que pague menos.
- Los miembros de nuestro plan también reciben más de lo que cubre Original Medicare. En este folleto, se describen algunos de los beneficios adicionales.
- Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y la Parte D.
- Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

También puede ver el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y todas las restricciones en **MassGeneralBrighamAdvantage.org**. O llámenos para que le enviemos una copia del formulario. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

## ¿Cómo determino el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco "niveles". Tendrá que utilizar su formulario para localizar en qué nivel se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la fase del beneficio que haya alcanzado. Más adelante se describen las fases de beneficios que se producen después de haber alcanzado el deducible: Cobertura inicial, periodo sin cobertura y cobertura para catástrofes.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, aunque no haya pagado su deducible (si corresponde). Para obtener más información, llame al Servicio de Atención al Miembro.

Mensaje importante sobre lo que paga por insulina: no pagará más de \$35 por suministros mensuales (30 días) de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible (si corresponde).



# Resumen de beneficios

1.º de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

	Mass General Brigham Advantage (PPO)	Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)
Prima mensual del plan	Los condados de Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester:  <b>\$0 por mes</b>	Los condados de Bristol, Essex, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester:  <b>\$140 por mes</b>
Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.		
<b>Deducibles y gasto máximo de bolsillo</b>		
Médico	Este plan no tiene deducible médico.	
Medicamentos recetados	\$275 por año para los Niveles 3, 4, 5	\$0 por año
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo (No incluye los gastos relacionados con medicamentos recetados)	Su límite anual de este plan: \$8,300 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$12,450 por los servicios que recibe de proveedores tanto dentro como fuera de la red.	Su límite anual de este plan: \$3,450 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$5,450 por los servicios que recibe de proveedores tanto dentro como fuera de la red.
	El costo compartido dentro de la red se aplicará a los montos de gastos máximos de bolsillo dentro y fuera de la red; sin embargo, el costo compartido para los servicios fuera de la red <b>no</b> se aplicará al monto de gasto máximo de bolsillo dentro de la red. Si alcanza el límite de los gastos de bolsillo, continuará recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y nosotros pagaremos el costo completo por el resto del año calendario.	
	Tenga en cuenta que seguirá teniendo que pagar la prima de la Parte B de Medicare, la prima del plan y los costos compartidos de los medicamentos recetados de la Parte D.	
<b>Servicios de hospital para pacientes hospitalizados y ambulatorios</b>		
Cobertura de hospitalización	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de estancia hospitalaria	
	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$335 cada día por los días 1 a 6. Copago de \$0 cada día a partir del día 7 <b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 40 % por hospitalización	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$125 cada día por los días 1 a 3. Copago de \$0 cada día a partir del día 4 <b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 20 % por hospitalización
	Es posible que se apliquen normas de autorización	



Cobertura hospitalaria ambulatoria	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$300 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$175 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 % por visita
	Es posible que se apliquen normas de autorización	

	<b>Mass General Brigham Advantage (PPO)</b>	<b>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</b>
Centro quirúrgico ambulatorio	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$300 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$175 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 % por visita
Es posible que se apliquen normas de autorización		

<b>Visitas al médico (incluidas las visitas de telesalud)</b>		
Médico de atención primaria	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$20 por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$10
Especialista	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$45 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$40
Atención preventiva	<b>Dentro y fuera de la red:</b> Copago de \$0 por visita	<b>Dentro y fuera de la red:</b> Copago de \$0 por visita
Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos como		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento por consumo indebido de alcohol</li> <li>Medición de la masa ósea</li> <li>Examen de detección para el cáncer de mama (mamografía)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Examen de detección para el cáncer vaginal y cervical</li> <li>Exámenes de detección para el cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)*</li> <li>Examen de detección de depresión</li> <li>Exámenes de detección de diabetes</li> <li>Examen de detección de VIH</li> <li>Servicios de terapia nutricional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de detección para el cáncer de próstata (Prostate cancer screenings, PSA)</li> <li>Examen médico y asesoramiento sobre las infecciones de transmisión sexual</li> <li>Examen de detección del cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis [low-dose computed tomography, LDCT])</li> <li>Asesoramiento para dejar de fumar (asesoramiento para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>Vacunas contra la gripe, el neumococo y la hepatitis B (pueden existir limitaciones)</li> <li>Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (visita única)</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen médico y asesoramiento sobre la obesidad</li> <li>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional que Medicare apruebe durante el año calendario.</li> </ul>
	<p>*Si, durante el procedimiento, se encuentra y se retira cualquier otra afección médica (como pólipos) u otro tejido, se consideraría una cirugía mínimamente invasiva. Consulte la categoría Cirugía ambulatoria para conocer el monto del costo compartido adecuado del miembro.</p>





	Mass General Brigham Advantage (PPO)	Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)
<b>Exámenes físicos anuales</b>		
Exámenes físicos anuales	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$20	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$10
	Este examen incluye una revisión detallada de antecedentes médicos/familiares y una evaluación de cuerpo completo junto con un examen práctico de todos los sistemas del cuerpo para evaluar el estado de salud general.	
Atención de emergencia	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$90	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$90
	No tendrá que efectuar el copago si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas.	
Servicios de urgencia	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$50 por visita	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$30 por visita
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imagen</b>		
Radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas)	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$160 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$150 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 % por visita
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
Pruebas diagnósticas y procedimientos	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$10 por visita
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
Servicios de laboratorio	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$5 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$10 por visita
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
Radiografía ambulatoria	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$15 por visita <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$10 por visita
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	



<b>Servicios auditivos</b>		
Exámenes rutinarios de audición: solo uno por año calendario	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0
Audífonos	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$699 a \$999 por audífono por año calendario	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$699 a \$999 por audífono por año calendario
	Debe acudir a un proveedor de la red TruHearing para todos los exámenes auditivos rutinarios y la compra de audífonos cubiertos. No se brinda cobertura para proveedores fuera de la red.	
	<b>Mass General Brigham Advantage (PPO)</b>	<b>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</b>
<b>Servicios dentales</b>		
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$45 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65 por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$40 por visita
Servicios dentales no cubiertos por Medicare	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 %  Asignación anual de \$750 para servicios integrales.	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 %  Asignación anual de \$1,500 para servicios integrales.
	Los servicios dentales preventivos e integrales dentro de la red se proporcionan a través de Liberty Dental. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.	
<b>Servicios de la visión</b>		
Examen de la vista cubierto por Medicare	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$45 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65 por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$40 por visita
Lentes después de una operación de cataratas (lentes estándar cubiertos por Medicare)	<b>Dentro y fuera de la red:</b>  Copago de \$0	<b>Dentro y fuera de la red:</b>  Copago de \$0
Exámenes de la vista de rutina* (1 vez cada 12 meses)	Copago de \$0	Copago de \$0



Lentes* (en el caso de los lentes cubiertos, usted paga el saldo que supere el límite)	<b>Dentro de la red:</b> hasta \$200 por año calendario para lentes con graduación	<b>Dentro de la red:</b> hasta \$300 por año calendario para lentes con graduación
	*Debe acudir a un proveedor de la red EyeMed para todos los exámenes de la vista rutinarios y la compra de lentes cubiertos. No se brinda cobertura para proveedores fuera de la red.	

	Mass General Brigham Advantage (PPO)	Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)
<b>Servicios de salud mental</b>		
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$310 cada día por los días 1 a 6 Copago de \$0 cada día por los días 7 a 90 Copago de \$0 cada día a partir del día 91  <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por hospitalización	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$125 cada día por los días 1 a 3 Copago de \$0 cada día por los días 4 a 90 Copago de \$0 cada día a partir del día 91  <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 % por hospitalización
Es posible que se apliquen normas de autorización. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información importante.		
Visitas de terapias individuales y grupales para pacientes ambulatorios	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$40 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65 por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$30 por visita
<b>Servicios adicionales</b>		
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (cubierto por hasta 100 días)	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 cada día por los días 1 a 20 Copago de \$160 cada día por los días 21 a 44 Copago de \$0 cada día por los días 45 a 100 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 % por hospitalización.	<b>Dentro de la red:</b> Copago de \$0 cada día por los días 1 a 20 Copago de \$160 cada día por los días 21 a 44 Copago de \$0 cada día por los días 45 a 100 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 % por hospitalización
Es posible que se apliquen normas de autorización.		
Fisioterapia	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$40 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65 por visita	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 por visita <b>Fuera de la red:</b> copago de \$40 por visita
Es posible que se apliquen normas de autorización.		



Ambulancia	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$275 por viaje	<b>Dentro y fuera de la red:</b> Copago de \$200 por viaje
Transporte (incluidas las vans para sillas de ruedas)	Sin cobertura	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare (incluida la quimioterapia)	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro y fuera de la red:</b> coseguro del 20 %
Es posible que se apliquen normas de autorización.		

	<b>Mass General Brigham Advantage (PPO)</b>	<b>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)</b>
Cuidado de los pies (servicios de podología)	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$40 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$65	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$20 <b>Fuera de la red:</b> copago de \$40
Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daños en los nervios relacionados con la diabetes o cumple determinados requisitos. Es posible que necesite autorización.		
Productos de venta libre (Over-the- counter, OTC)	<b>Dentro de la red:</b> hasta \$50 por trimestre en productos de venta libre para la salud y el bienestar.	<b>Dentro de la red:</b> hasta \$75 por trimestre en productos de venta libre para la salud y el bienestar.
Convey Health Solutions gestionará el beneficio de OTC. Consulte el catálogo de OTC para ver la lista de artículos a los que puede acceder. Puede comprar los OTC por correo, teléfono o Internet. Si tiene preguntas o desea realizar un pedido por teléfono, llame al 1-800-695-5306 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m. (hora del este). No se brinda cobertura para proveedores fuera de la red.		
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b>		
Suministros para el control de la diabetes	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 %
Es posible que se apliquen normas de autorización.		
Capacitación para el manejo personal de la diabetes	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$0	<b>Dentro y fuera de la red:</b> copago de \$0
Calzado o plantillas terapéuticas	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro de la red:</b> copago de \$0 <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 20 %



Equipos médicos duraderos (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro y fuera de la red:</b> coseguro del 20 %
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
<b>Dispositivos prostéticos (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)</b>		
Dispositivos prostéticos	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro y fuera de la red:</b> coseguro del 20 %
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
Otros suministros médicos relacionados	<b>Dentro de la red:</b> coseguro del 20 % <b>Fuera de la red:</b> coseguro del 40 %	<b>Dentro y fuera de la red:</b> coseguro del 20 %
	Es posible que se apliquen normas de autorización.	
<b>Programas de bienestar (consulte el reverso del folleto para encontrar más detalles)</b>		
Acondicionamiento físico	Reembolso de hasta \$300 por año calendario	Reembolso de hasta \$300 por año calendario
Pérdida de peso	Reembolso de hasta \$150 por año calendario	Reembolso de hasta \$150 por año calendario

## Programas de bienestar

### Tome el control de su salud con nuestros beneficios de acondicionamiento físico y pérdida de peso

#### ¿Qué es el beneficio de acondicionamiento físico?

Inscríbase en un programa calificado de acondicionamiento físico y reciba hasta \$300 por año para las tarifas de membresía.

#### ¿Qué programas cumplen los requisitos?

- Afiliaciones, suscripciones, programas o clases de acondicionamiento físico virtuales/ en línea que ofrecen entrenamiento cardiovascular y de fuerza mediante una plataforma digital.
- Gimnasios con diferentes equipos para ejercicios cardiovasculares y de fuerza, p. ej., gimnasios tradicionales, YMCA, YWCA y centros comunitarios de acondicionamiento físico.
- Clases de acondicionamiento físico en las instalaciones del Consejo Nacional sobre Envejecimiento (Councils on Aging, COA) participantes; gimnasios con grupos dirigidos por instructores, como yoga, Pilates, Zumba®, kickboxing, CrossFit®, y clases de ciclismo/spinning en interiores y otros ejercicios.

#### ¿Qué es el beneficio de pérdida de peso?

Inscríbase en un programa calificado de pérdida de peso y reciba hasta \$150 por año calendario para las tarifas de membresía.



## ¿Qué tipo de programas cumplen los requisitos?

Reuniones tradicionales de WW (antes conocido como Weight Watchers®), WW Online, Jenny Craig, NOOM y otros programas de pérdida de peso en hospitales o en otros centros no hospitalarios que combinan la alimentación saludable, el ejercicio y las sesiones de entrenamiento.

### Programas que NO cumplen los requisitos

Los centros, programas o actividades no elegibles para el beneficio de acondicionamiento físico incluyen, entre otros: clubes de campo y sociales, espá y sesiones individuales. Los DVD, equipos y suscripciones a YouTube no están cubiertos.

El beneficio del programa de pérdida de peso no cubre alimentos, suplementos nutricionales o tarifas de inscripción/registro. **Recompensas por elecciones saludables**

Obtenga un reembolso de hasta \$450 por año cuando se inscriba en programas calificados de acondicionamiento físico y pérdida de peso.

- \$300 de reembolso por acondicionamiento físico
- \$150 de reembolso por pérdida de peso



## Beneficios de medicamentos recetados

	Mass General Brigham Advantage (PPO)	Mass General Brigham Advantage Premier (PPO)
Deducible	\$275 por año para los Niveles 3, 4, 5	\$0 por año
Cobertura inicial	Después de pagar su deducible anual, no pagará el siguiente hasta que sus gastos anuales totales en medicamentos alcancen los \$4,660. Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al por menor de la red y en las farmacias de venta por correo.	

**Nivel 1:** medicamentos genéricos preferidos

**Nivel 2:** medicamentos genéricos

**Nivel 3:** medicamentos de marca preferidos

**Nivel 4:** medicamentos no preferidos

**Nivel 5:** nivel de especialidad

**Nota:** Los costos compartidos pueden variar en función de aspectos como si la condición de la farmacia es preferida o estándar, el servicio de envío por correo, la atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) o la infusión domiciliaria, y el suministro para 30 o 90 días.

Mass General Brigham Advantage (PPO): costo compartido de venta al por menor			
Nivel de medicamentos	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$6	Copago de \$9
Nivel 3 Marca preferida	Copago de \$37	Copago de \$74	Copago de \$111
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 Nivel de especialidad	Coseguro del 28 %	N/A	N/A



<b>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO): costo compartido de venta al por menor</b>			
<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 60 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$6	Copago de \$9
Nivel 3 Marca preferida	Copago de \$37	Copago de \$74	Copago de \$111
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$300
Nivel 5 Nivel de especialidad	Coseguro del 33 %	N/A	N/A

<b>Mass General Brigham Advantage (PPO): costo compartido del servicio de envío por correo</b>			
<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 60 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$6	Copago de \$6
Nivel 3 Marca preferida	Copago de \$37	Copago de \$74	Copago de \$74
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200
Nivel 5 Nivel de especialidad	Coseguro del 28 %	N/A	N/A





<b>Mass General Brigham Advantage Premier (PPO): costo compartido del servicio de envío por correo</b>			
<b>Nivel de medicamentos</b>	<b>Suministro para 30 días</b>	<b>Suministro para 60 días</b>	<b>Suministro para 90 días</b>
Nivel 1 medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$6	Copago de \$6
Nivel 3 Marca preferida	Copago de \$37	Copago de \$74	Copago de \$74
Nivel 4 Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$100	Copago de \$200	Copago de \$200
Nivel 5 Nivel de especialidad	Coseguro del 33 %	N/A	N/A

Si reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta al por menor. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más que en una farmacia de la red.

Periodo sin cobertura	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un periodo sin cobertura (también llamado "donut hole"). Esto significa que hay un cambio temporal en el que pagará por sus medicamentos. El periodo sin cobertura comienza después de que el costo total de medicamentos anual (lo cual incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) llega a \$4,660. Después de que entre al periodo sin cobertura, paga el 25 % del costo para medicamentos de marca cubiertos del plan y el 25 % del costo para medicamentos genéricos cubiertos del plan hasta que alcance el costo total de \$7,400, lo cual supone el final del periodo sin cobertura. No todos entrarán en el periodo sin cobertura.
Cobertura para catástrofes	Después de que sus gastos de bolsillo en medicamentos (incluidos los medicamentos que compra en una farmacia de venta al por menor y mediante el servicio de envío por correo) alcancen los \$7,400, usted paga: el 5 % del costo o un copago de \$4.15 por medicamentos genéricos (incluidos aquellos de marca que se consideren genéricos) y, tanto usted como la Parte D del plan, un copago de \$10.35 por todos los demás medicamentos, lo que sea mayor. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias de venta al por menor de la red y en las farmacias de venta por correo.



## Información de contacto

<b>Miembros</b>	
Del 1.º de octubre al 31 de marzo <b>1-855-833-3668</b> (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana	Del 1.º de abril al 30 de septiembre <b>1-855-833-3668</b> (TTY: 711) De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 5 días a la semana, de lunes a viernes
Si llama fuera del horario de atención, puede dejar un mensaje que incluya su nombre y número de teléfono, y un representante le devolverá la llamada a más tardar un día laborable después de dejar el mensaje. El Servicio de Atención al Cliente también dispone de servicios de intérprete para las personas que no hablan inglés.	
<b>No miembros</b>	
Del 1.º de octubre al 31 de marzo <b>1-888-828-5500</b> (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana	Del 1.º de abril al 30 de septiembre <b>1-888-828-5500</b> (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 5 días a la semana, de lunes a viernes
Nuestro sitio web: <b>MassGeneralBrighamAdvantage.org</b>	



Mass General Brigham Health Plan  
Medicare Advantage  
399 Revolution Drive, Suite 850  
Somerville, MA 02145

Servicio de Atención al Cliente 1-855-833-3668 (TTY: 711)

Mass General Brigham Health Plan es un plan HMO-POS (Organización para el mantenimiento de la salud con beneficios adicionales de punto de servicio) y PPO (Organización de proveedores preferidos) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Mass General Brigham Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta no es una descripción completa de los beneficios. Para más información, póngase en contacto con el plan.

