

CIUDAD DE WORCESTER

Fallon Medicare Plus™ Premier HMO

Fallon Medicare Plus™ Central Premier HMO

Desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024

atención.

Es en lo que creemos.

RPw0/RWw0



Bienvenido a Fallon Health.

Fallon Health es una organización de servicios de atención médica sin fines de lucro que lleva más de 45 años mejorando la salud e inspirando esperanza. Como el primer plan de salud del país en ofrecer un plan Medicare Advantage, nos comprometemos a proporcionar una atención y una cobertura más abarcativas. Creamos nuestros productos y beneficios con el fin de asegurarnos de que reciba la atención que necesita y merece.

Massachusetts es nuestro hogar y nuestro equipo es local. Cuando nos llame, hablará con alguien que conoce y sirve a esta comunidad. Creemos que la atención médica es personal y que ustedes deben poder hablar con una persona real, no con una computadora. Porque queremos que reciba el servicio que necesita, cuando lo necesita.

Siga leyendo. Creemos que le gustarán los excelentes beneficios que encontrará en las próximas páginas.



¡Pague \$0 y obtenga numerosos beneficios!

Con Fallon Medicare Plus Premier HMO y Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, obtendrá beneficios que están diseñados para ayudarlo a mantenerse sano y ahorrar dinero.



- Deducible para medicamentos con receta.
- Medicamentos con receta (medicamentos del Nivel 1 y 6).
- Examen físico anual.
- Consultas de telesalud (proveedor de atención primaria, salud conductual y proveedor aprobado de telesalud).
- Acceso telefónico a enfermeros certificados.
las 24 horas, los 7 días de la semana.
- Examen auditivo de rutina complementario.
- Atención dental preventiva.
- Evaluaciones preventivas.
- Imágenes de alta tecnología: MRI, estudios de medicina nuclear y PET y CT.
- Radiografías, análisis de laboratorio y pruebas.

Además, todos los años recibirá una **asignación de Benefit Bank de \$250 o \$500**, y una membresía gratuita de WW® (Weight Watchers) de 13 semanas consecutivas. Todo esto, ¡sin costo adicional!

Siga leyendo para obtener más información.

Tarjeta Benefit Bank

Pague la atención dental, los anteojos, las membresías para acondicionamiento físico y los audífonos con la tarjeta Benefit Bank.

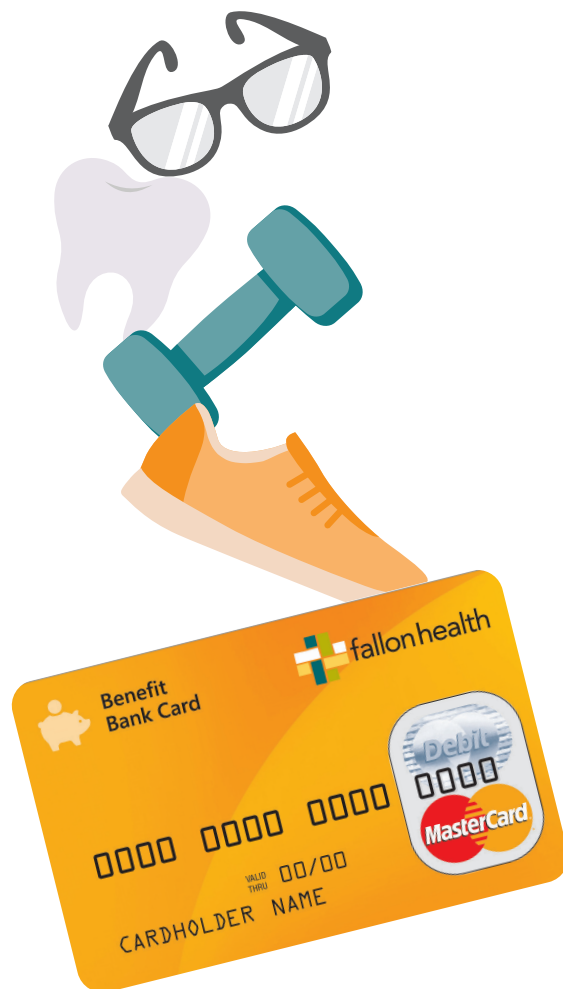
Todos los años, recibirá dinero en su tarjeta Benefit Bank para pagar atención dental, anteojos, membresías para acondicionamiento físico y audífonos.

Fallon Health precarga dinero en la tarjeta Benefit Bank y ustedes eligen cómo usarla. Pague una parte (o el costo total) de un artículo elegible o compre una combinación de artículos. Es su tarjeta, por lo que usted elige cómo usarla.

Por ejemplo, si necesita un empaste y consulta a un dentista dentro de nuestra red, puede usar su Benefit Bank para cubrir el copago y le sobrará dinero en la tarjeta para pagar otras cosas. Si consulta a un dentista fuera de la red, puede usar la tarjeta Benefit Bank para pagar el costo del empaste.

El monto que cargamos a su tarjeta Benefit Bank varía (puede ser de \$250 o \$500) según el plan de la red que usted elija. Si se une a nuestra red "amplia", cargaremos \$250 a su tarjeta. Si se une a nuestra red "central", cargaremos \$500 a su tarjeta.

Recibirá \$250 o \$500, ¡gástelo como quiera para comprar artículos o servicios elegibles!



Ahorre dinero con estos beneficios adicionales.

Servicios dentales

¡Nuevo para 2024! Pague \$0 por atención dental preventiva, como limpiezas, exámenes y radiografías. La atención dental integral, como tratamientos de conducto, empastes y coronas, también está cubierta con un copago, con dentistas de la red. Puede utilizar Benefit Bank para pagar los copagos y los servicios dentales fuera de la red.

Anteojos

\$150 para la compra de anteojos todos los años. También puede utilizar su tarjeta Benefit Bank para cubrir costos adicionales, o costos fuera de la red, de anteojos.

Audífonos

Pague entre \$695 y \$2,645 cuando compre a través de Amplifon. Los copagos varían según el tipo de audífono y la tecnología. Puede usar su tarjeta Benefit Bank para pagar estos copagos o para comprar audífonos a otros proveedores.

Care Connect

Acceso telefónico a enfermeros certificados las 24 horas, los 7 días de la semana, con un copago de \$0. El personal de enfermería brinda orientación sobre dónde acudir para recibir atención, o puede ponerlo en contacto con su médico.

Beneficio para acondicionamiento físico

Incluye una membresía para gimnasio gratuita, biblioteca de clases, entrenamientos y videos instructivos a pedido; todo esto está disponible a través de SilverSneakers®. Además, puede utilizar Benefit Bank para pagar membresías para acondicionamiento físico de su elección.

Membresía de WW®

Membresía gratuita de WW (Weight Watchers) de 13 semanas consecutivas.



Beneficios médicos

Beneficios que se adaptan a sus necesidades y presupuesto.

Beneficios y copagos	
Examen físico complementario anual	\$0
Visitas al consultorio de un proveedor de atención primaria (PCP)	\$10
Telesalud: PCP, salud conductual y proveedor aprobado de telesalud	\$0
Visitas a consultorios especializados, en persona o por telesalud, excepto en los casos que figuran arriba.	\$15
Atención dental preventiva (limpiezas, exámenes y radiografías)	\$0
Examen de la vista de rutina	\$15
Servicios de ambulancia	\$50
Atención para pacientes internados en un hospital (cuidados agudos)	Deducible anual de \$300.
Servicios de diagnóstico (exámenes, procedimientos, radiografías, análisis de laboratorio)	\$0
Imágenes de alta tecnología (CT, PET, MRI y estudios de medicina nuclear)	\$0
Cirugía para pacientes externos	\$50
Visitas a salas de emergencias en todo el mundo	\$75
Atención de urgencia dentro/fuera de los EE. UU. y sus territorios	\$10/\$75
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	Se incluye.

Cobertura para medicamentos con receta

Venta minorista (suministro para 30/60/90 días)		Pedido por correo (suministro para 30/60/90 días)
Nivel 1*	\$0/\$0/\$0	\$0/\$0/\$0
Nivel 2	\$10/\$20/\$30	\$10/\$20/\$20
Nivel 3	\$25/\$50/\$75	\$25/\$50/\$50
Nivel 4	\$50/\$100/\$150	\$50/\$100/\$100
Nivel 5	\$50 (suministro para 30 días solamente)	\$50 (suministro para 30 días solamente)
Nivel 6	\$0 (suministro para 30 días solamente)	\$0 (suministro para 30 días solamente)

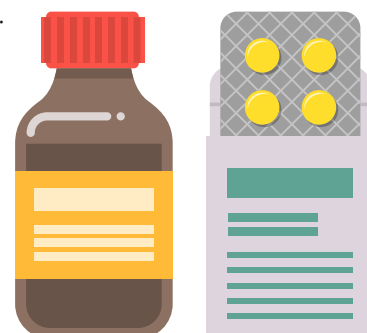
Los copagos para los medicamentos con insulina comprados en una tienda minorista no son mayores que: \$35 para un suministro para 30 días; \$70 para un suministro para 60 días; \$105 para un suministro para 90 días. El copago de los medicamentos con insulina no es mayor que \$70 por un suministro para 90 días a través de pedido por correo.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted.

* Hasta un suministro para 100 días para los medicamentos del Nivel 1 a través de pedido por correo o en una tienda minorista.

Pedido por correo: pague \$0 para un suministro de hasta 100 días de los medicamentos del Nivel 1. Los medicamentos de los Niveles 2 y 3 están disponibles para un suministro de hasta 90 días a través de pedido por correo, por el costo de un suministro para 60 días. Los medicamentos de los Niveles 5 y 6 están disponibles para un suministro de hasta 30 días.

Para obtener más información, consulte el Resumen de beneficios, que aparece más adelante en este folleto.



Dos redes. Los mismos beneficios excelentes.

Con Fallon Health, puede elegir entre dos redes del plan:

1. Fallon Medicare Plus Premier HMO, al que nos referimos como nuestra red “amplia”.
2. Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, al que llamamos nuestra red “central”.

Nuestra red “amplia” está disponible para quienes vivan en cualquier lugar dentro de nuestra área de servicio. En esta red, se carga \$250 a la tarjeta Benefit Bank de los miembros, todos los años. Además, se brinda acceso a miles de proveedores, desde Berkshires hasta Boston y desde South Shore hasta North Shore.



¿Vive en el condado de Worcester?

Puede ahorrar dinero si se une a nuestra red “central”.

La red “central” es una red de alta calidad que **solo se encuentra disponible para quienes vivan en el condado de Worcester** en Massachusetts.

Si elige la red “central”, debe recibir atención de una red de proveedores limitada, que incluye a los siguientes:

- Reliant Medical Group
- Heywood Hospital y sus proveedores
- Saint Vincent Hospital
- Proveedores seleccionados de Steward Health Care
- Otros proveedores contratados

Lo que pagará usted

En nuestra red “central”, pagará una prima mensual más baja y obtendrá un monto mayor de Benefit Bank: **¡\$500 todos los años!** Además, obtendrá cada uno de los beneficios que figuran en las páginas anteriores, con los mismos copagos y costos que paga de su bolsillo.

Recuerde:

Los residentes del condado de Worcester pueden optar por unirse a cualquiera de nuestras redes. Independientemente de la red que elija, tendrá un deducible para medicamentos con receta de \$0 y recibirá los mismos beneficios y la misma cobertura.



Antes de inscribirse

Para asegurarse de elegir el plan adecuado para usted, es importante que se haga estas dos preguntas importantes:

1. ¿Mis médicos se encuentran en la red?

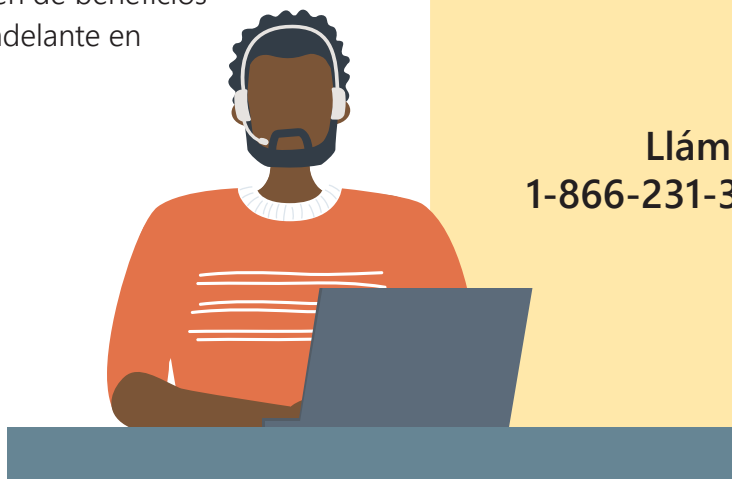
Antes de inscribirse en un plan, siempre debe verificar para asegurarse de que puede seguir consultando a sus médicos. Si sus médicos no se encuentran en el plan que eligió, no podrá atenderse con ellos y tendrá que elegir médicos nuevos para su atención. Visite fallonhealth.org/findphysician para confirmar que sus médicos y otros proveedores estén en el plan que usted elija. Nuestras redes incluyen proveedores de primera calidad de todo el estado.

2. ¿Mis medicamentos con receta están cubiertos?

Puede ver la lista de medicamentos con receta de la Parte D que cubren nuestros planes visitando nuestro sitio web en fallonhealth.org/medicare-formulary. Mientras esté allí, también puede asegurarse de que su farmacia esté en nuestra red.

El precio mínimo del costo compartido para medicamentos con receta es de \$0 para los medicamentos del Nivel 1 en farmacias minoristas y de pedido por correo de la red. Para los medicamentos del Nivel 2 y 3 que están disponibles en un suministro a largo plazo, puede utilizar el servicio de pedido por correo para recibir un suministro de hasta 90 días por el costo de uno para 60 días.

Para obtener más información detallada sobre los copagos de los medicamentos con receta, consulte el Resumen de beneficios que aparece más adelante en este documento.



**Llámenos al
1-866-231-3669 (TRS 711)**

¡Empecemos!

Esperamos poder contar con usted como miembro. Antes de enviar cualquier documentación, revise la lista de verificación que se encuentra a continuación. Tener esta información nos ayudará a procesar su solicitud más rápido.

Asegúrese de habernos indicado lo siguiente:

- ☐ Su nombre legal completo tal como aparece en la tarjeta de Medicare.
- ☐ Su fecha de nacimiento.
- ☐ Su número de teléfono.
- ☐ Su dirección particular.
- ☐ Su información de Medicare.

De ser necesario, puede adjuntar una fotocopia de su tarjeta de Medicare o su Carta de verificación de la Administración del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Si no tiene su información de Medicare, llame a la oficina local del Seguro Social para obtener un comprobante de inscripción.

- ☐ Las respuestas a las preguntas importantes que figuran en las páginas 1 y 2 del formulario de inscripción.



Asegúrese de completar todos los campos obligatorios y firme y feche el formulario de inscripción.

Materiales de inscripción

En esta sección encontrará todo lo que necesita para inscribirse,
incluido lo siguiente:

- Formulario de inscripción
- Resumen de beneficios
- Lista de verificación previa a la inscripción
- Calificaciones de estrellas de Medicare

Formulario de inscripción para 2024 de Fallon Medicare Plus™ Premier HMO, Condado de Worcester

SECCIÓN 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que se indique que son opcionales).

Para inscribirse, proporcione la siguiente información.

Nombre de la compañía:		Número de grupo:	
Firma autorizada:		Fecha de entrada en vigencia solicitada:	
Seleccione el plan al que quiere inscribirse: ☐ Fallon Medicare Plus Premier HMO ☐ Fallon Medicare Plus Central Premier HMO (red limitada)			
Apellido:		Nombre: Inicial del segundo nombre: (opcional)	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono particular: (____) ____ - ____	
Idioma escrito de preferencia : (opcional)		Idioma verbal de preferencia: (opcional)	
Número de teléfono móvil: (opcional) (____) ____ - ____		Dirección de correo electrónico: (opcional) _____	
☐ Autorizo a Fallon Health a que me envíe mensajes de texto relacionados con los beneficios y los servicios de mi plan.		☐ Autorizo a Fallon Health a que me envíe mensajes por correo electrónico relacionados con los beneficios y los servicios de mi plan.	
Dirección de residencia permanente (no se aceptan apartados postales): _____			
Ciudad/localidad:	Estado:	Código postal:	Condado: (opcional)
Dirección postal si es distinta de la indicada anteriormente: Dirección: _____ Ciudad/localidad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			

Proporcione la información de su seguro Medicare.

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. O Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Social Security Administration o de la Railroad Retirement Board. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	Nombre (tal como figura en la tarjeta de Medicare.): _____ Número de Medicare: _____ Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: ☐ Cobertura hospitalaria (Parte A) _____ ☐ Cobertura médica (Parte B) _____
--	---

Lea y responda estas preguntas importantes.

1. ¿Es usted la persona jubilada? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de jubilación (mes/día/año): _____ Si la respuesta es "No", indique el nombre de la persona jubilada: _____	
2. ¿Cubre a su cónyuge o a los dependientes con este plan de la empresa o del sindicato? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", indique el nombre del cónyuge: _____ Nombre(s) de dependiente(s): _____	

Lea y responda estas preguntas importantes (*continuación*).

3. ¿Usted o su cónyuge trabajan? ☐ Sí ☐ No

4. Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, como otro seguro privado, indemnización por accidentes laborales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA) o programas de asistencia farmacéutica estatales.

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos *con receta* además de Fallon Health? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", indique la otra cobertura y su número de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de identificación para la cobertura: _____

5. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, por ejemplo, un hogar de convalecencia? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número): _____

6. Indique un médico de atención primaria (PCP), una clínica o un centro de salud: (*opcional*)

Marque la casilla a continuación si prefiere que le enviemos información en otro formato accesible:

☐ Braille ☐ CD de audio ☐ Letras grandes

Comuníquese con Fallon Health al 1-866-231-3669 (TRS 711) si necesita información en un formato accesible que no se indique arriba.

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una opción o más.

☐ Evidencia de cobertura ☐ Formulario Dirección de correo electrónico: _____

Lea la información importante de la página siguiente y luego firme a continuación.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre por las leyes del estado en que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo los contenidos de la presente solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible si lo solicita Fallon Health o Medicare.

X _____

Su firma o la del representante autorizado

Fecha de hoy

Si es el representante autorizado, debe firmar aquí y proporcionar la siguiente información:

Nombre (en letra de imprenta)

Relación con la persona inscrita

Dirección

Número de teléfono: (____ ____ ____) ____ ____ ____ - ____ ____ ____ ____

SECCIÓN 2: todos los campos de esta sección son opcionales.

Sus respuestas a estas preguntas son voluntarias. No se le puede negar la cobertura por no completar los campos.

¿Es de origen hispano, latino o español? *Marque todo lo que corresponda.*

- | | |
|---|---|
| ☐ No, ni de origen hispano, latino, ni español | ☐ Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano |
| ☐ Sí, puertorriqueño | ☐ Sí, cubano |
| ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español | ☐ Prefiero no responder. |

¿Cuál es su raza? *Marque todo lo que corresponda.*

- | | |
|--|--|
| ☐ Indígena americano o nativo de Alaska | Nativo de Hawái y de otra isla del Pacífico: |
| Asiático: | ☐ Guameño o chamorro |
| ☐ Indio asiático | ☐ Nativo de Hawái |
| ☐ Chino | ☐ Samoano |
| ☐ Filipino | ☐ Isleño del Pacífico (otro) |
| ☐ Japonés | ☐ Blanco |
| ☐ Negro o afroamericano | ☐ Prefiero no responder. |

SECCIÓN 3: lea esta información importante.

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Fallon Health es un plan HMO de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato. Necesitaré mantener la Parte A y la Parte B de Medicare. (Esto significa que debo seguir pagando mi prima de la Parte B de Medicare). Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Comprendo que, si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare o cobertura acreditable para medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es durante todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en determinados períodos del año, cuando se abra un período de inscripción (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Fallon Medicare Plus Premier HMO y Fallon Medicare Plus Central Premier HMO cubren un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que cubre Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, es necesario que notifique al plan de manera que pueda cancelar la inscripción y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO cuando conozca las reglas que debo cumplir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que los inscritos en Medicare normalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por coberturas limitadas cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que, a partir de la fecha de inicio de la cobertura de Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, debo recibir toda la atención médica de Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO y otros servicios contenidos en el documento de Evidencia de cobertura de mi plan (también conocido como contrato con el miembro o contrato con el suscriptor), estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI FALLON MEDICARE PLUS PREMIER HMO O FALLON MEDICARE PLUS CENTRAL PREMIER HMO PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si voy a recibir asistencia de un representante de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por Fallon Health, esta puede recibir un pago basándose en mi inscripción en Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO.

Divulgación de información:

Al inscribirme en el presente plan de salud de Medicare, acepto que Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención de salud. También acepto que Fallon Medicare Plus Premier HMO o Fallon Medicare Plus Central Premier HMO divulgue mi información, además de los datos de eventos relacionados con mis medicamentos con receta médica (si corresponde), a Medicare, que puede divulgarlos para investigación y otros propósitos que cumplan con todas las leyes y reglamentos federales vigentes. A mi mejor entender, la información del presente formulario es correcta. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

**1-866-231-3669 (TRS 711)**

Los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
(de abril a septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.)

USO EXCLUSIVO DE FALLON HEALTH ☐ Nueva inscripción ☐ De un grupo a otro

Se necesita OEV: _____ Iniciales del empleado de ventas: _____ OEV completada: _____

Nombre del miembro del personal (si ayudó con la inscripción): _____

EGWP: _____ ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No es elegible: _____

Verificación del personal: _____ Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Código del condado: _____ Seguro anterior: _____

Nombre del corredor: _____ Identificación del corredor: _____

Fallon Medicare PlusTM Central Premier HMO Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024



Fallon Medicare Plus Central Premier HMO

Resumen de beneficios del plan de 2024

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Fallon Medicare Plus Central Premier HMO para el período del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Esta lista no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura que se encuentra disponible en línea en fallonhealth.org/medicare o llame al número telefónico que aparece al final de este manual.

Para afiliarse a Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, usted o su cónyuge deben ser miembros de un grupo empresarial/sindical y usted o su cónyuge deben tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscritos en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. El área de servicio que cubre Fallon Medicare Plus Central Premier HMO es el condado de Worcester, Massachusetts.

Fallon Medicare Plus Central Premier HMO comprende todos los proveedores de Reliant Medical Group, así como Heywood Hospital y sus proveedores, St. Vincent Hospital y proveedores de atención médica seleccionados de Steward Health Care. Si acude a proveedores fuera de nuestra red, el plan no pagará por estos servicios, salvo en determinadas circunstancias.

Costos del plan	Prima mensual del plan <i>Debe continuar pagando la prima de la Parte B.</i>	Monto máximo de costos que paga de su bolsillo <i>Este es el límite anual que pagará de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos. Este monto no incluye su prima mensual ni ningún costo de los medicamentos con receta.</i>
Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Dado que usted paga una prima al grupo del empleador, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información sobre la prima de 2024.	\$3,400

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Usted paga
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye servicios médicos, quirúrgicos y de rehabilitación. <i>Requiere autorización previa.</i>	Deducible anual de \$300. Cobertura total después de alcanzar el deducible.
Atención hospitalaria para pacientes externos Incluye lo siguiente: • Cirugías para pacientes externos realizadas en un centro hospitalario para pacientes externos y en un centro quirúrgico ambulatorio. <i>Requiere autorización previa.</i>	\$50
• Servicios de observación.	\$0
Consultas al médico Incluye lo siguiente: • Proveedor de atención primaria (PCP).	\$10
• Examen físico anual complementario con el PCP.	\$0
• Consulta de bienestar anual con el PCP.	\$0
• Especialistas <i>Es posible que requiera remisión.</i>	\$15
• Servicios de telesalud <i>Es posible que requiera remisión.</i>	\$0 por PCP \$0 por salud mental para pacientes externos \$0 por atención por abuso de sustancias para pacientes externos \$15 para especialistas, salvo lo indicado anteriormente
• Acceso por teléfono, video o dispositivo móvil a médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0 por servicios de atención primaria

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Usted paga
Atención preventiva Incluye la Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare”, algunas pruebas de detección y vacunas, como aquellas contra la neumonía y la gripe, así como también otros servicios de atención preventiva. <i>Puede requerir autorización previa.</i>	\$0
Atención de emergencia Los copagos se realizan por consulta en centros dentro y fuera de la red. La cobertura se aplica en todo el mundo. No pagará el copago por emergencias si lo ingresan en el hospital dentro de las 72 horas por la misma afección.	\$75
Servicios de urgencia • En Estados Unidos y sus territorios.	\$10
• Fuera de Estados Unidos y sus territorios.	\$75
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Incluye los servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico, radiografías y servicios de radiología terapéuticos, así como también la prueba del INR (consulta para el análisis de anticoagulación), cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa para algunos servicios, pruebas y suministros.</i>	\$0
Diagnóstico por imágenes para pacientes externos Incluye los servicios de radiología de diagnóstico por imágenes, como TC, PET, RM y estudios de medicina nuclear cubiertos por Medicare. <i>Requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios auditivos Incluye lo siguiente: • Un examen complementario de rutina por año.	\$0
• Exámenes de diagnóstico.	\$15
• Los copagos de audífonos se aplican a las compras realizadas a través de Amplifon, y varían según el modelo y el fabricante. Para la cobertura, las compras deben realizarse a través de Amplifon. <i>Límite de dos por miembro por año.</i>	Los copagos varían de \$695 a \$2,645
• Los audífonos están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios dentales Incluye lo siguiente: • Atención preventiva, como exámenes y limpiezas, a través de DentaQuest.	\$0
• Atención integral no ortodóntica, como tratamientos de conducto, empastes y coronas. <i>Puede requerir autorización previa.</i>	Los copagos varían de \$0 a \$990
• Los servicios dentales están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios de atención de la vista Incluye lo siguiente: • Un par de anteojos con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas, cuando se obtienen de un proveedor de EyeMed.	\$0
• Pruebas de glaucoma cubiertas por Medicare. • Un examen complementario de rutina por año. • Exámenes para tratar enfermedades y afecciones de la vista cubiertos por Medicare.	\$15

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Usted paga
Atención de la vista (<i>continuación</i>) \$150 de cobertura para un par de anteojos o lentes de contacto no cubiertos por Medicare, todos los años, solo dentro de la red. No incluye el par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubierto por Medicare.	Costos superiores a \$150
Los anteojos están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios de atención de salud mental Paciente internado: <i>Requiere autorización previa.</i>	Deducible anual de \$300 Cobertura total después de alcanzar el deducible
Pacientes externos: Consultas de terapia individual y grupal. <i>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</i> <i>Terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS)</i> <i>Terapia electroconvulsiva (ECT)</i> <i>Pruebas neuropsicológicas</i> <i>Terapia intensiva para pacientes externos (IOP)</i>	En el consultorio, sin psiquiatra: \$10 En el consultorio, con psiquiatra: \$15 Consulta de telesalud, con o sin psiquiatra: \$0
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) <i>Requiere autorización previa.</i> Costo por día, para los días 1 a 10 por internación.	\$20
Costo por día, para los días 11 a 100 por período de beneficios.	\$0
Servicios de rehabilitación para pacientes externos <i>Se requiere autorización previa para las consultas de fisioterapia y terapia ocupacional después de las 60 consultas de cada una.</i> <i>Se requiere autorización previa para las consultas de terapia del habla y del lenguaje después de las 35 consultas.</i>	\$10
Servicios de ambulancia Los copagos son por traslados de ida o de vuelta cubiertos por Medicare. Servicios de ambulancia cubiertos en todo el mundo. <i>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i>	\$50
Transporte Transporte de ida o de vuelta, que no sea de emergencia, en camioneta adaptada para silla de ruedas, desde el hospital hasta un centro de atención de enfermería especializada.	\$35
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos que generalmente no se autoadministran y se inyectan o infunden en el consultorio de un médico, en un hospital o en un centro ambulatorio o para pacientes externos. <i>Se requiere autorización previa o tratamiento escalonado para algunos medicamentos.</i>	De \$10 a \$50
Insulina de la Parte B de Medicare	Hasta \$35 por suministro mensual
Podiatría Incluye servicios de cuidado de los pies médicamente necesarios. <i>Requiere remisión.</i>	\$15
Equipo médico duradero y suministros relacionados <i>Requiere autorización previa.</i>	\$0

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Usted paga
Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar Incluye hasta 12 consultas en 90 días. <i>Requiere remisión.</i>	\$10
Comidas Hasta 14 entregas de comida lista a domicilio (dos comidas por día durante siete días) después de recibir el alta de una estadía en observación o de una internación en un hospital o centro de enfermería especializada.	\$0
Benefit Bank Pague la atención dental, los anteojos, las membresías para acondicionamiento físico y los audífonos con la tarjeta Benefit Bank. Cargamos el dinero en la tarjeta, y usted decide cómo utilizarlo. Pague una parte, o el costo total, de un artículo.	Costos superiores a \$500
Programas de salud y bienestar	
Clases/membresías para acondicionamiento físico • SilverSneakers®: incluye acceso a clases y videos instructivos en línea, un paquete de acondicionamiento físico para el hogar o una membresía para el gimnasio.	\$0
• Las membresías para acondicionamiento físico y los servicios del programa de acondicionamiento físico en línea están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
WW® (Weight Watchers) • Una membresía de 13 semanas consecutivas por año.	\$0
• Las membresías de WW en línea están cubiertas como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Care Connect Hable con enfermeros certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana para que le recomienden a dónde debe recibir atención o para que lo contacten con su médico.	\$0

Beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D

Para estos medicamentos, es necesario tener antes una receta, y se obtienen generalmente en una farmacia minorista o a través de pedido por correo. Existen cuatro “etapas en el pago de un medicamento” en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D: etapa del deducible, etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted en todas las etapas de cobertura. No pagará más de \$35 por un suministro para 30 días de medicamentos con insulina cubiertos, independientemente de la etapa de cobertura para medicamentos.

Etapa del deducible

Como no hay deducible para Fallon Medicare Plus Central Premier HMO, esta etapa no se aplica a su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial

Usted paga los siguientes montos hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$8,000.

Fallon Medicare Plus Central Premier HMO						
	Venta minorista			Pedido por correo		
	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Nivel 1: suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Nivel 1: suministro para 100 días
			Niveles 2 a 4: suministro para 90 días			Niveles 2 a 4: suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10	\$20	\$30	\$10	\$20	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$25	\$50	\$75	\$25	\$50	\$50
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$50	\$100	\$150	\$50	\$100	\$100
Nivel 5: Medicamentos especializados	\$50	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel	\$50	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel
Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionada	\$0	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel	\$0	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel

Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para varios días. Estos medicamentos podrían estar incluidos en los Niveles 1 a 6.

Los copagos para los medicamentos con insulina no superan los siguientes montos: \$35 por un suministro para 30 días si se compra en una farmacia minorista o mediante pedido por correo; \$105 por un suministro para 90 días si se compra en una farmacia minorista; y \$70 por un suministro para 90 días si se compra mediante pedido por correo.

Etapas del período sin cobertura

Usted no tiene ningún período sin cobertura.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$8,000, usted paga \$0 por todos los medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener más información sobre el costo compartido específico de las distintas etapas del beneficio, llámenos utilizando la información de contacto que se encuentra en la última página.

Aviso de inclusión de recursos

En Fallon Health, creemos que todos merecen tener acceso a la **atención médica, sin discriminación**. Cada día trabajamos para ayudar a que personas de cualquier edad, nivel de ingresos, raza, color, etnia, nacionalidad, discapacidad, religión, orientación sexual, sexo, identidad de género y estado de salud alcancen sus objetivos de salud.

Para asegurarnos de que tenga acceso a todos los recursos e información que necesita para entender y acceder a los beneficios de su plan de salud, nosotros:

- Proporcionamos **asistencia y servicios gratuitos**, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos, incluidos letra grande, braille, formatos electrónicos accesibles y otros formatos.
- Proporcionamos **servicios lingüísticos gratuitos**, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, para las personas cuya lengua materna no es el inglés.
- Tenemos **recursos, personas y equipos dedicados** que se especializan en revisar nuestras políticas para garantizar la inclusión de las necesidades únicas de nuestros miembros transgénero y de género diverso.

Si necesita acceso a estos recursos e información o quiere hablar sobre ellos, **llámenos** al teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. O puede enviarnos un correo electrónico a cs@fallonhealth.org.

Si considera que Fallon o un proveedor le ha **discriminado o no le proporcionó estos recursos**, infórmenos. Puede escribirnos, llamarnos o enviarnos un correo electrónico:

Director de cumplimiento	Teléfono: 1-508-368-9988 (TRS 711)	10 Chestnut St.
Fallon Health	Correo electrónico: compliance@fallonhealth.org	Worcester, MA 01608

También puede presentar una reclamación relacionada con los derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, D.C., 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Servicios de interpretación en varios idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-325-5669. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor, llame al 1-800-325-5669. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-325-5669。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-325-5669。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-325-5669. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-325-5669. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-325-5669 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-325-5669. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-325-5669 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-325-5669. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-325-5669. سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-325-5669 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Servicios de interpretación en varios idiomas

(continuación)

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-325-5669. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-325-5669. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-325-5669. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-325-5669. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通 訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-325-5669 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Camboyano: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយលើកលែងសំណួរណាមួយ ដល់អ្នក អាចមានអំពីកម្មវិធីសុខភាព ឬកម្មវិធីឱសថរបស់អ្នក។ ដើម្បីប្រើប្រាស់សេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ មុននឹងសូមទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-325-5669។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសា អាចជួយ អ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃ។

H9001_221329SP_C 22-686-039SP Rev. 01 2/23

Más información

Para obtener más información sobre Fallon Medicare Plus Central Premier HMO o para consultar los documentos del plan, visite nuestros sitios web o llámenos a los números que aparecen a continuación.

Fallon Medicare Plus Central Premier HMO	Miembros actuales: 1-800-325-5669 (TRS 711) Miembros potenciales: 1-866-231-3669 (TRS 711) Sitio web: fallonhealth.org/medicare Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana.
Directorio de proveedores	fallonhealth.org/findphysician
Directorio de farmacias	fallonhealth.org/pharmacyfinder
Formulario de medicamentos con receta	fallonhealth.org/medicare-formulary
Original Medicare Más información sobre cobertura y costos	Manual "Medicare & You" (Medicare y Usted) • Consúltelo en línea: http://www.medicare.gov • Obtenga una copia: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.



Fallon Health y Amplifon Hearing Health Care son compañías independientes y no afiliadas. Amplifon Hearing Health Care, Corp administra los servicios auditivos. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. El logotipo de WeightWatchers y WeightWatchers son las marcas registradas de WW International, Inc. © 2023 WW International, Inc. Todos los derechos reservados.

Fallon Medicare PlusTM Premier HMO Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024



Fallon Medicare Plus Premier HMO

Resumen de beneficios del plan de 2024

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Fallon Medicare Plus Premier HMO para el período del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.

Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. Esta lista no enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte la Evidencia de cobertura que se encuentra disponible en línea en fallonhealth.org/medicare o llame al número telefónico que aparece al final de este manual.

Para inscribirse en Fallon Medicare Plus Premier HMO, usted o su cónyuge deben ser miembros del grupo de un empleador o sindicato, o deben tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscritos en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. El área de servicio para los planes enumerados en este Resumen de beneficios incluye los siguientes condados de Massachusetts: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester. Nuestra área de servicio también incluye algunas ciudades y pueblos (fuera de Massachusetts) que limitan con los condados mencionados anteriormente. En la página 10, encontrará una lista de ciudades y pueblos de nuestra área de servicio fuera de Massachusetts.

Fallon Medicare Plus Premier HMO cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores fuera de nuestra red, el plan no pagará por estos servicios, salvo en determinadas circunstancias.

Costos del plan	Prima mensual del plan <i>Debe continuar pagando la prima de la Parte B.</i>	Monto máximo de costos que paga de su bolsillo <i>Este es el límite anual que pagará de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos. Este monto no incluye su prima mensual ni ningún costo de los medicamentos con receta.</i>
Fallon Medicare Plus Premier HMO	Dado que usted paga una prima al grupo del empleador, comuníquese con su administrador de beneficios para obtener información sobre la prima de 2024.	\$3,400

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Premier HMO	Usted paga
Atención para pacientes internados en un hospital Incluye servicios médicos, quirúrgicos y de rehabilitación. <i>Requiere autorización previa.</i>	Deducible anual de \$300. Cobertura total después de alcanzar el deducible
Atención hospitalaria para pacientes externos Incluye lo siguiente: • Cirugías para pacientes externos realizadas en un centro hospitalario para pacientes externos y en un centro quirúrgico ambulatorio. <i>Requiere autorización previa.</i>	\$50
• Servicios de observación.	\$0
Consultas al médico Incluye lo siguiente: • Proveedor de atención primaria (PCP).	\$10
• Examen físico anual complementario con el PCP.	\$0
• Consulta de bienestar anual con el PCP.	\$0
• Especialistas <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	\$15
• Servicios de telesalud <i>Es posible que se requiera una remisión.</i>	\$0 por PCP \$0 por salud mental para pacientes externos \$0 por atención por abuso de sustancias para pacientes externos \$15 para especialistas, salvo lo indicado anteriormente
• Acceso por teléfono, video o dispositivo móvil a médicos certificados por la junta las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	\$0 por servicios de atención primaria

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Premier HMO	Usted paga
Atención preventiva Incluye la Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare", algunas pruebas de detección y vacunas, como aquellas contra la neumonía y la gripe, así como también otros servicios de atención preventiva. <i>Puede requerir autorización previa.</i>	\$0
Atención de emergencia Los copagos se realizan por consulta en centros dentro y fuera de la red. La cobertura se aplica en todo el mundo. No pagará el copago por emergencias si lo ingresan en el hospital dentro de las 72 horas por la misma afección.	\$75
Servicios de urgencia • En Estados Unidos y sus territorios.	\$10
• Fuera de Estados Unidos y sus territorios.	\$75
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Incluye los servicios de laboratorio, pruebas y procedimientos de diagnóstico, radiografías y servicios de radiología terapéuticos, así como también la prueba del INR (consulta para el análisis de anticoagulación), cubiertos por Medicare. <i>Se requiere autorización previa para algunos servicios, pruebas y suministros.</i>	\$0
Diagnóstico por imágenes para pacientes externos Incluye los servicios de radiología de diagnóstico por imágenes, como TC, PET, RM y estudios de medicina nuclear cubiertos por Medicare. <i>Requiere autorización previa.</i>	\$0
Servicios auditivos Incluye lo siguiente: • Un examen complementario de rutina por año.	\$0
• Exámenes de diagnóstico.	\$15
• Los copagos de audífonos se aplican a las compras realizadas a través de Amplifon, y varían según el modelo y el fabricante. Para la cobertura, las compras deben realizarse a través de Amplifon. <i>Límite de dos por miembro por año.</i>	Los copagos varían de \$695 a \$2,645
• Los audífonos están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios dentales Incluye lo siguiente: • Atención preventiva, como exámenes y limpiezas, a través de DentaQuest.	\$0
• Atención integral (excepto ortodoncia), como tratamientos de conducto, empastes y coronas. <i>Puede requerir autorización previa.</i>	Los copagos varían de \$0 a \$990
• Los servicios dentales están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios de atención de la vista Incluye lo siguiente: • Un par de anteojos con marcos estándar o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas, cuando se obtienen de un proveedor de EyeMed.	\$0
• Pruebas de glaucoma cubiertas por Medicare.	
• Un examen complementario de rutina por año.	\$15
• Exámenes para tratar enfermedades y afecciones de la vista cubiertos por Medicare.	

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Premier HMO	Usted paga
• \$150 de cobertura para un par de anteojos o lentes de contacto no cubiertos por Medicare, todos los años, solo dentro de la red. No incluye el par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubierto por Medicare.	Costos superiores a \$150
• Los anteojos están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Servicios de atención de salud mental • Paciente internado: <i>Requiere autorización previa.</i>	Deducible anual de \$300 Cobertura total después de alcanzar el deducible
• Pacientes externos: Consultas de terapia individual y grupal. <i>Se requiere autorización previa para lo siguiente:</i> <i>Terapia de estimulación magnética transcraneal (TMS)</i> <i>Terapia electroconvulsiva (ECT)</i> <i>Pruebas neuropsicológicas</i> <i>Terapia intensiva para pacientes externos (IOP)</i>	En el consultorio, sin psiquiatra: \$10 En el consultorio, con psiquiatra: \$15 Consulta de telesalud, con o sin psiquiatra: \$0
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) <i>Requiere autorización previa.</i> • Costo por día, para los días 1 a 10 por internación.	\$20
• Costo por día, para los días 11 a 100 por período de beneficios.	\$0
Servicios de rehabilitación para pacientes externos <i>Se requiere autorización previa para las consultas de fisioterapia y terapia ocupacional después de las 60 consultas de cada una.</i> <i>Se requiere autorización previa para las consultas de terapia del habla y del lenguaje después de las 35 consultas.</i>	\$10
Servicios de ambulancia Los copagos son por traslados de ida o de vuelta cubiertos por Medicare. Servicios de ambulancia cubiertos en todo el mundo. <i>Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i>	\$50
Transporte Transporte de ida o de vuelta, que no sea de emergencia, en camioneta adaptada para silla de ruedas, desde el hospital hasta un centro de atención de enfermería especializada.	\$35
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos que generalmente no se autoadministran y se inyectan o infunden en el consultorio de un médico, en un hospital o en un centro ambulatorio o para pacientes externos. <i>Se requiere autorización previa o tratamiento escalonado para algunos medicamentos.</i>	De \$10 a \$50
Insulina de la Parte B de Medicare	Hasta \$35 por suministro mensual
Podiatría Incluye servicios de cuidado de los pies médicamente necesarios. <i>Requiere remisión.</i>	\$15
Equipo médico duradero y suministros relacionados <i>Requiere autorización previa.</i>	\$0

Beneficios médicos de Fallon Medicare Plus Premier HMO	Usted paga
Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar Incluye hasta 12 consultas en 90 días. <i>Requiere remisión.</i>	\$10
Comidas Hasta 14 entregas de comida lista a domicilio (dos comidas por día durante siete días) después de recibir el alta de una estadía en observación o de una internación en un hospital o centro de enfermería especializada.	\$0
Benefit Bank Pague la atención dental, los anteojos, las membresías para acondicionamiento físico y los audífonos con la tarjeta Benefit Bank. Cargamos el dinero en la tarjeta, y usted decide cómo utilizarlo. Pague una parte, o el costo total, de un artículo.	Costos superiores a \$250
Programas de salud y bienestar	
Clases/membresías para acondicionamiento físico SilverSneakers®: incluye acceso a clases y videos instructivos en línea, un paquete de acondicionamiento físico para el hogar o una membresía para el gimnasio.	\$0
Las membresías para acondicionamiento físico y los servicios del programa de acondicionamiento físico en línea están cubiertos como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
WW® (Weight Watchers) Una membresía de 13 semanas consecutivas por año.	\$0
Las membresías de WW en línea están cubiertas como parte de Benefit Bank.	Consulte Benefit Bank
Care Connect Hable con enfermeros certificados las 24 horas del día, los 7 días de la semana para que le recomienden a dónde debe recibir atención o para que lo contacten con su médico.	\$0

Beneficios de los medicamentos con receta de la Parte D

Para estos medicamentos, es necesario tener antes una receta, y se obtienen generalmente en una farmacia minorista o a través de pedido por correo. Existen cuatro “etapas en el pago de un medicamento” en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D: etapa del deducible, etapa de cobertura inicial, etapa del período sin cobertura y etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted en todas las etapas de cobertura. No pagará más de \$35 por un suministro para 30 días de medicamentos con insulina cubiertos, independientemente de la etapa de cobertura para medicamentos.

Etapa del deducible

Dado que Fallon Medicare Plus Premier HMO no tiene deducible, esta etapa no se aplica a la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial

Usted paga los siguientes montos hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los \$8,000.

Fallon Medicare Plus Premier HMO						
	Venta minorista			Pedido por correo		
	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Nivel 1: suministro para 100 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Nivel 1: suministro para 100 días
			Niveles 2 a 4: suministro para 90 días			Niveles 2 a 4: suministro para 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10	\$20	\$30	\$10	\$20	\$20
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$25	\$50	\$75	\$25	\$50	\$50
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$50	\$100	\$150	\$50	\$100	\$100
Nivel 5: Medicamentos especializados	\$50	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel	\$50	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel
Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionada	\$0	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel	\$0	No disponible para este nivel	No disponible para este nivel

Algunos medicamentos no están disponibles en un suministro para varios días. Estos medicamentos podrían estar incluidos en los Niveles 1 a 6.

Los copagos para los medicamentos con insulina no superan los siguientes montos: \$35 por un suministro para 30 días si se compra en una farmacia minorista o mediante pedido por correo; \$105 por un suministro para 90 días si se compra en una farmacia minorista; y \$70 por un suministro para 90 días si se compra mediante pedido por correo.

Etapas del período sin cobertura

Usted no tiene ningún período sin cobertura.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas

Una vez que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo lleguen a \$8,000, usted paga \$0 por todos los medicamentos con receta cubiertos.

Para obtener más información sobre el costo compartido específico de las distintas etapas del beneficio, llámenos utilizando la información de contacto que se encuentra en la última página.

Aviso de inclusión de recursos

En Fallon Health, creemos que todos merecen tener acceso a la **atención médica, sin discriminación**. Cada día trabajamos para ayudar a que personas de cualquier edad, nivel de ingresos, raza, color, etnia, nacionalidad, discapacidad, religión, orientación sexual, sexo, identidad de género y estado de salud alcancen sus objetivos de salud.

Para asegurarnos de que tenga acceso a todos los recursos e información que necesita para entender y acceder a los beneficios de su plan de salud, nosotros:

- Proporcionamos **asistencia y servicios gratuitos**, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos, incluidos letra grande, braille, formatos electrónicos accesibles y otros formatos.
- Proporcionamos **servicios lingüísticos gratuitos**, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, para las personas cuya lengua materna no es el inglés.
- Tenemos **recursos, personas y equipos dedicados** que se especializan en revisar nuestras políticas para garantizar la inclusión de las necesidades únicas de nuestros miembros transgénero y de género diverso.

Si necesita acceso a estos recursos e información o quiere hablar sobre ellos, **llámenos** al teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. O puede enviarnos un correo electrónico a cs@fallonhealth.org.

Si considera que Fallon o un proveedor le ha **discriminado o no le proporcionó estos recursos**, infórmenos. Puede escribirnos, llamarnos o enviarnos un correo electrónico:

Director de cumplimiento	Teléfono: 1-508-368-9988 (TRS 711)	10 Chestnut St.
Fallon Health	Correo electrónico: compliance@fallonhealth.org	Worcester, MA 01608

También puede presentar una reclamación relacionada con los derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en línea en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building
Washington, D.C., 20201
Teléfono: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Servicios de interpretación en varios idiomas

Inglés: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-325-5669. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Español: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor, llame al 1-800-325-5669. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-325-5669。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-325-5669。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-325-5669. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-325-5669. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-325-5669 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-325-5669. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-325-5669 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-325-5669. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-325-5669. سيقوم شخص ما يتحدث العربية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-325-5669 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Servicios de interpretación en varios idiomas

(continuación)

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-325-5669. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-325-5669. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Francés criollo: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-325-5669. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-325-5669. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-325-5669 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。

Camboyano: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីជួយលើកលែងសំណួរណាមួយ ដល់អ្នក អាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់អ្នក។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់មុន ឬសូមទូរសព្ទមកយើងតាមលេខ 1-800-325-5669។ អ្នកណាម្នាក់ដល់និយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសា អាចជួយ អ្នកបាន។ នេះគឺជាសេវាកម្មមិនគិតថ្លៃ។

H9001_221329SP_C 22-686-039SP Rev. 01 2/23

Área de servicio de Fallon Medicare Plus Premier HMO

(Los códigos postales indicados representan el área de servicio fuera de Massachusetts)

MASSACHUSETTS

Condado de Barnstable** Condado de Berkshire** Condado de Bristol**	Condado de Essex** Condado de Franklin** Condado de Hampden**	Condado de Hampshire** Condado de Middlesex** Condado de Norfolk**	Condado de Plymouth** Condado de Suffolk** Condado de Worcester**
---	---	--	---

CONNECTICUT	
Ciudad/pueblo	Código postal
Condado de Hartford*	
East Granby	06026
East Windsor	06088
East Windsor Hill	06028
Enfield	06082 06083
Granby	06035 06090
Hazardville	06082
North Granby	06060
N. Thompsonville	06082
Scitico	06082
Suffield	06078 06080 06093
Thompsonville	06082
West Granby	06090
West Suffield	06093
Windsor Locks	06096
Condado de Tolland*	
Ellington	06029
Somers	06071
Stafford	06075
Stafford Springs	06076
Union	06076
Willington	06279
Condado de Windham*	
Ashford	06278
Ballouville	06233
Danielson	06239
Dayville	06241
East Killingly	06243

CONNECTICUT (continuación)	
East Woodstock	06244
Eastford	06242
Fabyan	06256
Killingly	06233 06239 06241 06243 06263
Mechanicsville	06277
North Grosvenordale	06255
North Windham	06256
Pomfret	06258
Pomfret Center	06259
Putnam	06260
Rogers	06263
South Woodstock	06267
Thompson	06277
Woodstock	06281
Woodstock Valley	06282
NEW HAMPSHIRE	
Ciudad/pueblo	Código postal
Condado de Cheshire*	
Fitzwilliam	03447
Rindge	03461
Condado de Hillsborough*	
Brookline	03033
Greenville	03048
Hollis	03049
Hudson	03051
Jaffrey	03452
Mason	03048

NEW HAMPSHIRE (continuación)	
Nashua	03060 03061 03062 03063 03064
New Ipswich	03071
Pelham	03076
Condado de Rockingham*	
Atkinson	03811
East Kingston	03827
Hampstead	03841
Hampton	03842
Hampton Beach	03843
Hampton Falls	03844
Plaistow	03865
Salem	03079
Seabrook	03874
South Hampton	03827
Windham	03087
NUEVA YORK	
Ciudad/pueblo	Código postal
Condado de Columbia*	
Austerlitz	12017
Canaan	12029
Chatham	12037
Chatham Center	12184
Copake	12516
Copake Falls	12517
Craryville	12521
East Chatham	12060
Hillsdale	12529
Malden Bridge	12115
New Lebanon	12125

NUEVA YORK (continuación)	
Old Chatham	12136
West Lebanon	12195
Condado de Rensselaer*	
Berlin	12022
Stephentown	12168 12169
RHODE ISLAND	
Ciudad/pueblo	Código postal
Condado de Bristol*	
Bristol	02809
Warren	02885
Condado de Newport*	
Little Compton	02837
Tiverton	02878
Condado de Providence*	
Burrillville	02826 02830 02839 02858
Cumberland	02864
Glendale	02826
Harrisville	02830
Mapleville	02839
North Smithfield	02824 02876 02896
Oakland	02858
Pawtucket	02860 02861 02862
Slatersville	02876
Smithfield	02917
Valley Falls	02864
Woonsocket	02895

* Parte del condado

** Todo el condado

Más información

Para obtener más información sobre Fallon Medicare Plus Premier HMO o para consultar los documentos del plan, visite nuestros sitios web o llámenos a los números que aparecen a continuación.

Fallon Medicare Plus Premier HMO	Miembros actuales: 1-800-325-5669 (TRS 711) Miembros potenciales: 1-866-231-3669 (TRS 711) Sitio web: fallonhealth.org/medicare Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1 de octubre al 31 de marzo, estamos disponibles los siete días de la semana.
Directorio de proveedores	fallonhealth.org/findphysician
Directorio de farmacias	fallonhealth.org/pharmacyfinder
Formulario de medicamentos con receta	fallonhealth.org/medicare-formulary
Original Medicare Más información sobre cobertura y costos	Manual "Medicare & You" (Medicare y Usted) • Consúltelo en línea: http://www.medicare.gov • Obtenga una copia: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento se encuentra disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio.



Fallon Health y Amplifon Hearing Health Care son compañías independientes y no afiliadas. Amplifon Hearing Health Care, Corp administra los servicios auditivos. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. El logotipo de WeightWatchers y WeightWatchers son las marcas registradas de WW International, Inc. © 2023 WW International, Inc. Todos los derechos reservados.

Fallon Medicare Plus™ Premier

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda bien los beneficios que ofrecemos y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de Fallon Health al 1-866-231-3669 (TRS 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana).

Explicación de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de la cobertura y de todos los servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite fallonhealth.org/medicare o llame al 1-866-231-3669 (TRS 711) para ver o solicitar una copia de la EOC.
- ☐ Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red (o pregunte a los médicos). Si no figuran, significa que es muy probable que deba elegir a otro médico.
- ☐ Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que recurre para comprar cualquier medicamento con receta esté en la red. Si no figura, es muy probable que deba elegir otra farmacia para los medicamentos con receta.
- ☐ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Explicación de las reglas importantes

- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta del cheque del Seguro Social todos los meses.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- ☐ **Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención de la salud actual finalizará una vez comience su cobertura nueva de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su cobertura nueva de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura nueva de Medicare Advantage, es posible que quiera retirar su póliza de Medigap, ya que pagará por una cobertura que no puede usar.



INFORMACION IMPORTANTE:

Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



Fallon Health - H9001

En el 2024, Fallon Health - H9001 recibió las siguientes calificaciones de Medicare con estrellas:

Calificación general por estrellas: ★★★★★☆
Calificación de los Servicios de Salud: ★★★★★☆
Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★★★★★☆



Cada año, Medicare evalúa los planes basándose en un Sistema de Calificación por 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica
qué tan bien funciona el plan.

- ★★★★★ EXCELENTE
- ★★★★☆ SUPERIOR AL PROMEDIO
- ★★★☆☆ PROMEDIO
- ★★☆☆☆ DEBAJO DEL PROMEDIO
- ★☆☆☆☆ DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en línea
Compare la Calificación por Estrellas de este y otros planes en es.medicare.gov/plan-compare.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con Fallon Health 7 días a la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este a 888-377-1980 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención de 1 de abril al 30 septiembre es lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este. Miembros actuales favor de llamar 800-325-5669 (número gratuito) o al 711 (teléfono de texto).



fallonhealth.org/medicare

1-866-231-3669 (TRS 711)

De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

(De abril a septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.)

Fallon Health es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Fallon Health depende de la renovación del contrato. Fallon Health y Amplifon Hearing Health Care son compañías independientes y no afiliadas. Amplifon Hearing Health Care, Corp. administra los servicios auditivos. El logotipo de WeightWatchers y WeightWatchers son las marcas registradas de WW International, Inc. © 2023 WW International, Inc. Todos los derechos reservados. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.