Resumen de beneficios 2025

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

H3777-001-002
H3777-001-003
H3777-001-004

Este es un resumen de los servicios de salud y la cobertura de medicamentos con receta que cubre el plan Experience Health Medicare Advantage (HMO) del **1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.**

- La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Visite **BlueCrossNC.com/experience-health/plan-documents** y haga clic en la pestaña "Evidence of Coverage".
- Experience Health Medicare Advantage (HMO) cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague sus servicios.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los afiliados de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- El costo compartido puede variar según la farmacia que elija y cuando ingrese en otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener más información sobre el costo compartido adicional específico de cada farmacia y las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra Evidencia de Cobertura en línea.
- Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Experience Health Medicare Advantage (HMO) depende de la renovación del contrato.
- Para obtener más información sobre Original Medicare o para solicitar el manual *Medicare & You* de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), TTY: 1-877-486-2048, los 7 días de la semana, las 24 horas del día. O visite **Medicare.gov**.
- Para obtener más detalles, llame al **1-833-905-1311** (TTY: 711), los actuales afiliados deben llamar al **1-833-777-7394** (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., visitar **BlueCrossNC.com/experience-health** o comunicarse con su agente independiente autorizado de Blue Cross NC.

®, SM son marcas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield. Todas las demás marcas y nombres son propiedad de sus respectivos dueños. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Y0079_12969_M CMS Aceptado 08202024
U43265 sp, 10/24

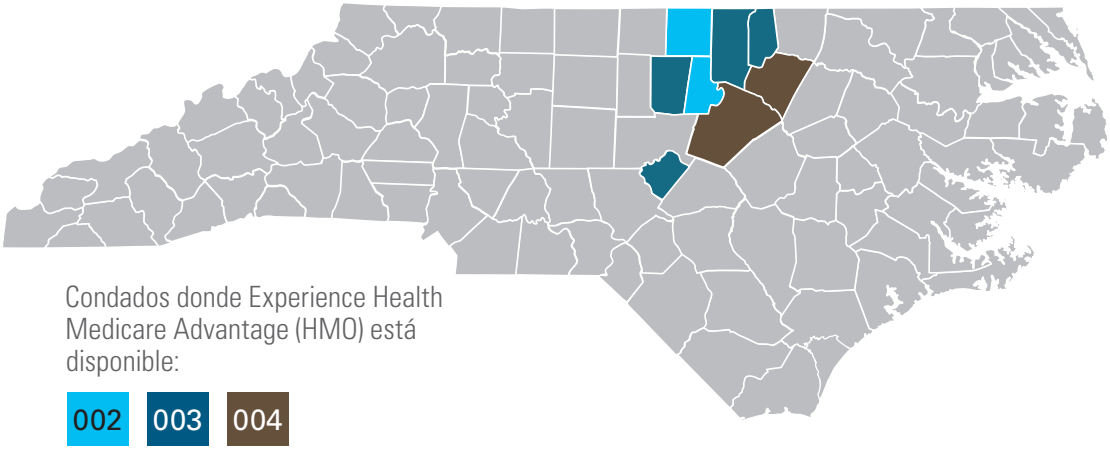
MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Resumen de beneficios

Área de servicio de Experience Health Medicare Advantage (HMO)

El plan Experience Health Medicare Advantage (HMO) está disponible en los siguientes condados de Carolina del Norte:

	H3777-001-002 Región de Durham	**Prima mensual: $25**
Durham	Person	
	H3777-001-003 Región de Orange	**Prima mensual: $25**
Granville Lee	Orange Vance	
	H3777-001-004 Región de Raleigh	**Prima mensual: $25**
Franklin	Wake	



Tenga en cuenta que para unirse al plan Experience Health Medicare Advantage (HMO), debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B y vivir en nuestra área de servicio.

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
Prima mensual:	También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	$25
Deducible:	Este plan no tiene deducible médico.	$0
Límite de gastos medicos personales anual:	No incluye medicamentos con receta.	$3,900
Beneficios	**Lo que debe saber**	
Atención de hospital para pacientes hospitalizados:* (El costo compartido se aplica por día. El beneficio se aplica a cada hospitalización.)	**Del primero al sexto día:**	$295 copago
	A partir del séptimo día:	$0 copago
Servicios para el paciente ambulatorio:*	**Servicios de hospital al paciente ambulatorio:** Por estadía.	$200 copago
	Centro quirúrgico ambulatorio:	$200 copago
Consulta con el medico: No requiere remisión.	**Atención primaria:**	$0 copago
	Especialista:	$20 copago
Atención preventiva:	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	$0 copago
Atención de emergencia:	Si lo hospitalizan dentro de las siguientes 48 horas, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Los servicios de emergencia están cubiertos en todo el mundo.	$120 copago
Servicios de urgencia necesarios:	Esta cobertura es mundial.	$60 copago

*Puede requerir autorización previa.
Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos.

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

H3777-001-002
H3777-001-003
H3777-001-004

Beneficios		Lo que debe saber	Consultorio de atención primaria	Cualquier otro entorno
Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes:*	Pruebas y procedimientos de diagnóstico:		$0 copago	$20 copago
	Servicios de laboratorio:		$0 copago	$8 copago
	Servicios de diagnóstico radiológico:	Tomografía computarizada:	$0 copago	$75 copago
		Imágenes de resonancia magnética:	$0 copago	$100 copago
		PET o medicina nuclear:	$0 copago	$150 copago
	Servicios de radiología terapéuticos:		$0 copago	20% del costo
	Radiografías:		$0 copago	$10 copago
Servicios de audición:	Examen de audición cubierto por Medicare:	Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.		$0 copago
	Examen de audición de rutina:	Una vez al año. Deben utilizarse proveedores designados.		$0 copago
	Audífonos:	Uno por oído, por año. Deben utilizarse proveedores designados.		$599–$899 copago
Servicios dentales:	Servicios dentales cubiertos por Medicare:*	Medicare puede pagar por algunos servicios cuando usted está en un hospital y necesita procedimientos dentales de emergencia o complicados.		$20 copago
	Atención dental preventiva:	Reembolso de **$500** por año calendario.		$0 copago
	Atención dental integral:	Reembolso de **$1,500** por año calendario.		$0 copago

*Puede requerir autorización previa.
Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)			H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
Beneficios		**Lo que debe saber**	
Servicios de la vista:	**Exámenes de rutina de la vista y de lentes de contacto:**	Uno de cada uno por año calendario.	**$0 copago**
	Asignación para la vista:	Asignación anual de **$300**.	**$0 copago**
	Examen de la vista cubierto por Medicare:	Para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos.	**$0 copago**
Servicios de salud mental:	**Paciente hospitalizado:*** (Se aplica un costo compartido por día. El beneficio se aplica por cada hospitalización).	**Días 1 a 6:**	$275 copago
		Días 7 a 90:	$0 copago
	Paciente ambulatorio: (Salud mental* y tratamiento de la toxicomanía).	Sesiones individuales y en grupo.	**$0 copago**
Establecimiento de enfermería especializada:*	(Se aplica un costo compartido por día. El beneficio se aplica por cada hospitalización.)	**Días 1 a 20:**	$0 copago
		Días 21 a 60:	$214 copago
		Días 61 a 100:	$0 copago
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios:	**Terapia física y del habla:**		$20 copago
	Terapia ocupacional:		$20 copago
	Servicios de rehabilitación cardíaca:		$20 copago
	Servicios de rehabilitación pulmonar:		$15 copago

*Puede requerir autorización previa.
Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos.

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
Beneficios	**Lo que debe saber**	
Servicios de ambulancia:*	Cubre los servicios de ambulancia terrestre y aérea necesarios por razones médicas. Esta cobertura es mundial.	$295 copago
Transporte:	12 trayectos de ida o vuelta a lugares relacionados con la salud.	$0 copago
Medicamentos de la Parte B de Medicare:**	**Insulinas de la Parte B:** suministro para 30 días.	$35 copago
	Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B:	0–20% of cost

Rx Parte D, Etapas de beneficios de medicamentos con receta		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
Etapa de deducible anual:	**Todos los niveles:** $0	
	Este es el monto fijo que usted paga antes de que su plan comience a pagar su parte del costo. Su deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.	
Etapa de cobertura inicial:	**Comienza después de que cumple con su deducible anual.** Generalmente, permanece en esta etapa hasta que sus costos personales por medicamentos alcancen los **$2,000**. El monto que paga en esta etapa se muestra en el cuadro de la página siguiente.***	
Etapa de cobertura catastrófica:	**Comienza cuando sus costos personales por medicamentos alcanzan los $2,000.** Durante esta etapa, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Una vez que esté en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.	

*Puede requerir autorización previa.
**Puede requerir autorización previa. Según las pautas de la Ley de Reducción de la Inflación.
***Sus costos personales por medicamentos incluyen los pagos realizados en la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial.
Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos.

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

H3777-001-002
H3777-001-003
H3777-001-004

Medicamentos con receta	Farmacias minoristas estándar **1 mes** Suministro para 30 días	Pedidos por correo preferidos **3 meses** Suministro para 90 días	Farmacias minoristas estándar o pedidos por correo estándar **3 meses** Suministro para 90 días
Medicamentos genéricos preferidos: (Nivel 1)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Medicamentos genéricos: (Nivel 2)	$5 copago	$12.50 copago	$15 copago
Medicamentos de marca preferidos: (Nivel 3)	$45 copago	$112.50 copago	$135 copago
Medicamentos no preferidos: (Nivel 4)	$99 copago	$247.50 copago	$297 copago
Nivel de medicamentos de especialidad:* (Nivel 5)	33% del costo	No corresponde	No corresponde
Medicamentos de atención selectiva: (Nivel 6)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Insulinas: Nivel 3:	$35 copago	$105 copago	$105 copago
Insulinas: Nivel 4:	$35 copago	$105 copago	$105 copago

Nota: También pueden estar disponibles suministros para dos meses (60 días). Los costos de pedidos por correo estándar pueden variar.
Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos.
*Los medicamentos de nivel 5 están limitados a un suministro de 30 días.

Resumen de beneficios

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

H3777-001-002
H3777-001-003
H3777-001-004

Otros beneficios cubiertos

Beneficio	Lo que debe saber	
Servicios de podología:	Cuidado de los pies.	$20 copago
Equipo y suministros médicos:	**Equipo y suministros médicos:***	20% del costo
	Zapatos o plantillas para diabéticos:	20% del costo
	Suministros para diabéticos:*	$0 copago
Ejercicios físicos:	$112 al mes para gastar con un proveedor designado en membresías de gimnasio, clases y equipos selectos; los montos no se acumulan.	$0 copago
Asignación para productos de venta libre:	Asignación trimestral de **$116.** Debe utilizar los establecimientos minoristas participantes o el catálogo designado; los montos no se acumulan.	$0 copago
Beneficio de comidas:	Dos comidas por día durante 14 días después del alta.	$0 copago
Acupuncture:	Reembolso de **$50** por consulta hasta 20 citas por año. **$20** por consultas por dolor lumbar crónico.	
Asistencia en el hogar:	6 horas de asistencia en el hogar por mes, sin acumulación.	$0 copago
Sistema personal de respuesta a emergencias:	Dispositivo portátil con acceso rápido a servicios de emergencia.	$0 copago
Dispositivos de seguridad para el hogar:†	Dos dispositivos por año.	$0 copago

*Puede requerir autorización previa.
†Los dispositivos deben solicitarse de la lista de productos aprobados a través del proveedor designado.
Nota: Esta tabla muestra su parte de los costos.

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

BlueCross BlueShield of North Carolina

English
ATTENTION: If you speak any of the following languages, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-833-777-7394 (TTY: 711), or speak to your provider.

Spanish / Español
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-833-777-7394 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Chinese / 中文
注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-833-777-7394 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。

Vietnamese / Việt
LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cấp miễn phí. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-833-777-7394 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Korean / 한국어
알림: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-833-777-7394 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

French / Français
ATTENTION: Si vous parlez français, vous pouvez bénéficier de services d'assistance gratuits. Vous avez également à votre disposition des outils et services supplémentaires vous permettant de fournir des informations dans un format accessible, sans frais. Appelez le 1-833-777-7394 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Arabic / العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، تتوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. كما تتوفرمساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. يُرجى الاتصال على الرقم 1-833-777-7394 (TTY: 711) أو تحدث مع مزود الخدمة الخاص بك.

Hmong / Lus Hmoob
LUG CEEV TSHWJ XEEB: yog has tas koj has lug Hmoob muaj cov kev paab cuam txhais lug pub dlawb rua koj. Cov kev paab hab cov kev paab cuam ntxiv kws tsim nyog txhawm rua muab lug qha paub ua cov hom ntaub ntawv kws tuaj yeem nkaag cuag tau rua los kuj yeej tseem muaj paab dlawb tsis xaam tug nqe dlaab tsi tuab yaam nkaus. Hu rua 1-833-777-7394 (TTY: 711) los yog thaam nrug koj tug kws muab kev saib xyuas khu mob.

Russian / РУССКИЙ
ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите на русском, то Вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие инструменты и информационные сервисы также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-833-777-7394 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Y0079_13312_C PA 12272024
U46532gb, 2/25

Experience Health Medicare Advantage℠ (HMO)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

BlueCross BlueShield of North Carolina

Tagalog
PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-833-777-7394 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

Gujarati / ગુજરાતી
ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હોવ તો, મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-833-777-7394 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Mon-Khmer, Cambodian / ภาสาเขฺมร
กํณาต์ชํณาํ: ปฺรสินเบีหฺกนิยายภาสาเขฺมร เสวากมฺมํชํนฺยภาสาสตคิตฺถฺลีมานฺผฺลฺลฺชูนสฺรมฺราบฺหฺก។ ชํนฺยย និงเสวากมฺมสมรมฺย กฺนฺงการฺผฺลฺลฺพํต์มานตามทฺรมฺงํเดฺลหฺราจจูลปฺรีปฺรฺราสฺบานก็มานฺผฺลฺลฺชูนเดาะยสตคิตฺถฺลีผงํเดะร។ สูมทฺรูรสํญฺจทฺกเลข 1-833-777-7394 (TTY: 711) និយายទฺราកาน์หฺกฺผฺลฺลฺเสวารบสฺหฺก។

German / Deutsch
WICHTIGER HINWEIS: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-833-777-7394 (TTY: 711) oan oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

Hindi / हिंदी
ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-833-777-7394 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Laotian / ລາວ
ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-833-777-7394 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Japanese / 日本語
お知らせ：日本語をお話しの場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助的なサポートやサービスも無料でご利用いただけます。1-833-777-7394 (TTY: 711) にお電話いただくか、プロバイダーにお問い合わせください。

®, SM are marks of the Blue Cross and Blue Shield Association, an association of independent Blue Cross and Blue Shield plans. All other marks and names are property of their respective owners. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina is an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. U46532gb, 2/25