



## Resumen de beneficios 2025

### Experience Health Medicare Advantage<sup>SM</sup> (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](https://www.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](https://www.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](https://www.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

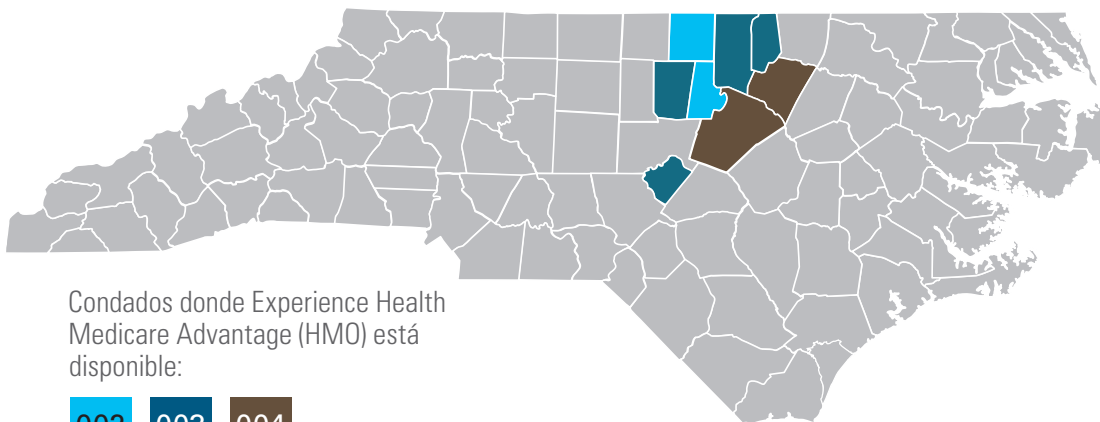
Medicare<sup>R</sup>  
Prescription Drug Coverage <sup>X</sup>

# 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	<b>Prima mensual: \$25</b>
Durham	Person		
		H3777-001-003 Región de Orange	<b>Prima mensual: \$25</b>
Granville Lee	Orange Vance		
		H3777-001-004 Región de Raleigh	<b>Prima mensual: \$25</b>
Franklin	Wake		



Condados donde Experience Health Medicare Advantage (HMO) está disponible:

- 002
- 003
- 004

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

<b>Experience Health Medicare Advantage<sup>SM</sup> (HMO)</b>		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
<b>Prima mensual:</b>	También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$25
<b>Deducible:</b>	Este plan no tiene deducible médico.	\$0
<b>Límite de gastos médicos personales anual:</b>	No incluye medicamentos con receta.	\$3,900
<b>Beneficios</b>	<b>Lo que debe saber</b>	
<b>Atención de hospital para pacientes hospitalizados:*</b> (El costo compartido se aplica por día. El beneficio se aplica a cada hospitalización.)	<b>Del primero al sexto día:</b>	\$295 copago
	<b>A partir del séptimo día:</b>	\$0 copago
<b>Servicios para el paciente ambulatorio:*</b>	<b>Servicios de hospital al paciente ambulatorio:</b> Por estadía.	\$200 copago
	<b>Centro quirúrgico ambulatorio:</b>	\$200 copago
<b>Consulta con el médico:</b> No requiere remisión.	<b>Atención primaria:</b>	\$0 copago
	<b>Especialista:</b>	\$20 copago
<b>Atención preventiva:</b>	Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	\$0 copago
<b>Atención de emergencia:</b>	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
<b>Servicios de urgencia necesarios:</b>	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:*	<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico:</b>	\$0 copago	\$20 copago
	<b>Servicios de laboratorio:</b>	\$0 copago	\$8 copago
	<b>Tomografía computarizada:</b>	\$0 copago	\$75 copago
	<b>Servicios de diagnóstico radiológico: Imágenes de resonancia magnética:</b>	\$0 copago	\$100 copago
	<b>PET o medicina nuclear:</b>	\$0 copago	\$150 copago
	<b>Servicios de radiología terapéuticos:</b>	\$0 copago	20% del costo
	<b>Radiografías:</b>	\$0 copago	\$10 copago
Servicios de audición:	<b>Examen de audición cubierto por Medicare:</b>	Exámenes para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.	\$0 copago
	<b>Examen de audición de rutina:</b>	Una vez al año. Deben utilizarse proveedores designados.	\$0 copago
	<b>Audífonos:</b>	Uno por oído, por año. Deben utilizarse proveedores designados.	\$599–\$899 copago
Servicios dentales:	<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare:*</b>	Medicare puede pagar por algunos servicios cuando usted está en un hospital y necesita procedimientos dentales de emergencia o complicados.	\$20 copago
	<b>Atención dental preventiva:</b>	Reembolso de <b>\$500</b> por año calendario.	\$0 copago
	<b>Atención dental integral:</b>	Reembolso de <b>\$1,500</b> 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<sup>SM</sup> (HMO)

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

### Beneficios

### Lo que debe saber

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

\*Puede requerir autorización previa.

Nota: Este cuadro muestra su parte de los costos.

# Resumen de beneficios

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

<b>Parte D, Etapas de beneficios de medicamentos con receta</b>		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
	<b>Todos los niveles: \$0</b>	
<b>Etapa de deducible anual:</b>	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.	
<b>Etapa de cobertura inicial:</b>	<b>Comienza después de que cumple con su deducible anual.</b> Generalmente, permanece en esta etapa hasta que sus costos personales por medicamentos alcancen los <b>\$2,000</b> . El monto que paga en esta etapa se muestra en el cuadro de la página siguiente.***	
<b>Etapa de cobertura catastrófica:</b>	<b>Comienza cuando sus costos personales por medicamentos alcanzan los \$2,000.</b> 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<sup>SM</sup> (HMO)

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

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

<b>Experience Health Medicare Advantage™ (HMO)</b>		H3777-001-002 H3777-001-003 H3777-001-004
<b>Otros beneficios cubiertos</b>		
<b>Beneficio</b>	<b>Lo que debe saber</b>	
<b>Servicios de podología:</b>	Cuidado de los pies.	\$20 copago
<b>Equipo y suministros médicos:</b>	<b>Equipo y suministros médicos:*</b>	20% del costo
	<b>Zapatos o plantillas para diabéticos:</b>	20% del costo
	<b>Suministros para diabéticos:*</b>	\$0 copago
<b>Ejercicios físicos:</b>	\$112 al mes para gastar con un proveedor designado en membresías de gimnasio, clases y equipos selectos; los montos no se acumulan.	\$0 copago
<b>Asignación para productos de venta libre:</b>	Asignación trimestral de <b>\$116</b> . Debe utilizar los establecimientos minoristas participantes o el catálogo designado; los montos no se acumulan.	\$0 copago
<b>Beneficio de comidas:</b>	Dos comidas por día durante 14 días después del alta.	\$0 copago
<b>Acupuncture:</b>	Reembolso de <b>\$50</b> por consulta hasta 20 citas por año. <b>\$20</b> por consultas por dolor lumbar crónico.	
<b>Asistencia en el hogar:</b>	6 horas de asistencia en el hogar por mes, sin acumulación.	\$0 copago
<b>Sistema personal de respuesta a emergencias:</b>	Dispositivo portátil con acceso rápido a servicios de emergencia.	\$0 copago
<b>Dispositivos de seguridad para el hogar:†</b>	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.