



## Resumen de beneficios para 2024

eternalHealth Freedom (PPO)

**Su**  
**eterno compañero**  
**en la atención médica.**



## Resumen de beneficios

### ¿Qué contiene este documento?

Este resumen de beneficios sirve como un recurso para comprender la cobertura y los costos asociados con el plan Freedom PPO de eternalHealth. La información en este documento abarca el año del plan que comienza el 1 de enero de 2024 y finaliza el 31 de diciembre de 2024.

### ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para este plan?

Para ser elegible para este plan, usted debe

- estar inscrito en las partes A y B de Medicare y
- vivir en los condados Suffolk, Worcester, Middlesex, Norfolk, Bristol o Plymouth en Massachusetts.

### ¿Cubre este plan mis necesidades actuales de atención médica?

Para conocer si este plan cubre sus medicamentos recetados, médicos y farmacias actuales, visítenos en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) para ver nuestra lista de medicamentos y el directorio en línea. Si tiene preguntas o desea recibir una copia por escrito, llámenos al 1-800-680-4568 (TTY 711).

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre Medicare?

El **manual Medicare y usted** es un gran recurso y se puede encontrar en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por correo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

### ¿Qué es un deducible?

Un deducible es la cantidad de dinero que usted paga de su bolsillo antes de que el plan de salud comience a pagar. Una vez que alcance el límite definido, solo tendrá que pagar un coseguro o un copago.

### ¿Qué es un copago?

Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga de su bolsillo cuando recibe atención.

### ¿Qué es un coseguro?

El coseguro es un porcentaje que usted paga de su bolsillo por el costo de su atención.

### ¿Dónde puedo encontrar más información?

Si desea obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura de eternalHealth en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) en la sección Resources (Recursos) para afiliados.

Puede llamar al servicio de atención al cliente al 1-800-680-4568 (TTY 711):

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

EternalHealth es un plan HMO y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en eternalHealth depende de la renovación del contrato. La información que se brinda no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de todos los servicios que cubrimos, llame al 1-800-680-4568 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com).

# Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente la cobertura que recibirá. Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de cobertura, puede llamarnos al 1(800) 893-9457 (TTY: 711).

## Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan que son importantes para usted antes de inscribirse. Visite [www.eternalHealth.com/Forms-Documents](http://www.eternalHealth.com/Forms-Documents) o llame al 1 (800) 893-9457 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, lo más probable es que deba escoger a un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para adquirir cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, lo más probable es que deba escoger una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Entender las normas importantes

- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima se descuenta normalmente de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Algunos beneficios y servicios pueden requerir autorización previa.

## Mi prima mensual, deducible y máximo de gastos de bolsillo

	Freedom (PPO) H2694-001	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual</b>	\$0	
<b>Reducción de prestaciones de la Parte B de Medicare (Give Back)</b>	Este plan no ofrece una reducción de cobertura de la Parte B de Medicare.	
<b>Deducible médico</b>	Este plan no cuenta con un deducible.	
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	<b>Nivel 1 y Nivel 2</b> \$0 de deducible.  <b>Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5</b> \$185 de deducible.	
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> Esta es la cantidad máxima que usted pagará durante el año del plan por concepto de copagos, coseguro, servicios médicos, suministros y medicamentos cubiertos de la Parte B. No aplican los gastos de bolsillo para medicamentos recetados y otros beneficios.	\$6,000	\$9,000 combinados.

## Mis beneficios y servicios médicos y hospitalarios cubiertos

	Freedom (PPO) H2694-001	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> Se requerirá una autorización previa.	<b>Días 1-5;</b> \$370 de copago por día. <b>Días 6 y más;</b> \$0 de copago por día.	40% de coseguro por estadía.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> Se puede requerir una autorización previa para procedimientos ambulatorios realizados en un hospital.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> \$0 de copago en cualquier ubicación dentro de la red.  <b>Servicios ambulatorios en hospital</b> \$350 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios.  <b>Estadías en observación</b> \$350 de copago por estadía.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> 40% de coseguro por procedimiento.  <b>Servicios ambulatorios en hospital</b> 40% de coseguro por cirugías realizadas en un hospital para pacientes ambulatorios.  <b>Estadías en observación</b> 40% de coseguro por estadía.

<p><b>Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b> Puede que se necesite una autorización previa para procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p><b>Colonoscopias diagnósticas</b> 0% de copago si se realiza en un ASC.</p> <p><b>ASC</b> \$250 de copago por cirugía realizada en un ASC.</p>	<p><b>Colonoscopias diagnósticas</b> 30% de coseguro si se realiza en un ASC.</p> <p><b>ASC</b> 30% de coseguro por cirugía realizada en un ASC.</p>
<p><b>Consultas médicas</b> Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) si usted consulta a un especialista, acupunturista o quiropráctico.</p>	<p><b>Consulta al proveedor de atención primaria (PCP)</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista</b> \$0 de copago por consulta.</p>	<p><b>Consultas al proveedor de atención primaria (PCP)</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista</b> \$20 de copago por consulta.</p>
<p><b>Atención preventiva</b> Los servicios preventivos están disponibles sin costo alguno si utiliza un proveedor de la red, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA)</li> <li>• Pruebas de alcoholismo y asesoramiento</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Mediciones de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer cervical</li> <li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> </ul>	<p>\$0 de copago por servicio.</p>	<p>30% de coseguro por servicio.</p>

- Capacitación para el autocontrol de la diabetes
- Vacuna contra la gripe y su administración
- Prueba de detección de glaucoma
- Prueba de detección de hepatitis B
- Vacuna contra la hepatitis B y su administración
- Prueba de detección de la hepatitis C
- Prueba de detección de VIH
- Examen físico preventivo inicial
- Terapia conductual intensiva (IBT) para enfermedades cardiovasculares
- Terapia conductual intensiva (IBT) para obesidad
- Prueba de detección de cáncer de pulmón
- Mamografía de detección
- Terapia médica nutricional
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare
- Exámenes de Papanicolaou
- Vacuna contra el neumococo y su administración
- Servicios preventivos prolongados
- Pruebas de detección de cáncer de próstata

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen pélvico preventivo</li> <li>• Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento conductual muy intensivo (HIBC) para prevenir las ITS</li> </ul> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>		
<p><b>Atención de emergencia</b> Usted no tiene que pagar este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. En caso de ser hospitalizado, consulte la sección Cobertura hospitalaria.</p> <p>Este plan también cubre sus servicios de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.</p>	<p>\$100 de copago por consulta.</p> <p>\$100 de copago por consulta para atención de emergencia mundial.</p>	<p>\$100 de copago por consulta.</p> <p>\$100 de copago por consulta para atención de emergencia mundial.</p>
<p><b>Servicios de urgencia</b> Servicios de urgencia con servicios necesarios inmediatamente como resultado de una enfermedad, lesión o afección imprevista para prevenir un deterioro grave de la salud. Este plan también cubre sus servicios de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de urgencia de su PCP.</p> <p>\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro sin cita previa.</p> <p>\$40 de copago por consulta para atención de urgencia mundial.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de urgencia de su PCP.</p> <p>\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro sin cita previa.</p> <p>\$40 de copago por consulta para atención de urgencia mundial.</p>

<p>Usted no tiene que pagar este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. En caso de ser hospitalizado, consulte la sección Cobertura hospitalaria.</p>		
<p><b>Servicios de diagnóstico/laboratorio/imágenes</b></p> <p><b>Servicios de laboratorio:</b> Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo.</p> <p><b>Radiología diagnóstica:</b> Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos:</b> Se requiere autorización previa para imágenes de alta tecnología.</p> <p><b>Radioterapia:</b> Se requiere autorización previa.</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b> \$0 de copago para análisis de laboratorio realizados en un consultorio. \$10 de copago en las instalaciones de un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiografías</b> \$15 de copago por radiografías realizadas en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiología de diagnóstico (es decir, TC, RM, PET, etc.)</b> \$150 de copago para ecografías. \$300 de copago para otros servicios.</p> <p><b>Pruebas diagnósticas y procedimientos (es decir, prueba de esfuerzo)</b> \$0 de copago por servicio en un consultorio. \$30 de copago por servicio en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radioterapia</b> \$60 de copago.</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Radiografías</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Radiología de diagnóstico (es decir, TC, RM, PET, etc.)</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Pruebas diagnósticas y procedimientos (es decir, prueba de esfuerzo)</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Radioterapia</b> 30% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios para la audición</b> Los copagos por exámenes auditivos de rutina y audífonos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Servicios para la audición cubiertos por Medicare</b> \$15 de copago por servicio.</p> <p><b>Exámenes de audición de rutina</b> \$0 de copago por examen.</p> <p><b>Audífonos (hasta 2 audífonos por año: 1 por oído por año)</b> \$595 de copago según su selección a través de Amplifon. \$895 de copago según su selección a través de Amplifon.</p>	<p><b>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro por servicio.</p> <p><b>Exámenes de audición de rutina</b> 50% de coseguro por examen.</p> <p><b>Audífonos</b> 50% de coseguro.</p>



	<p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba libre de riesgos de 60 días</li> <li>• Atención posterior gratuita</li> <li>• Nuevos servicios virtuales que incluyen exámenes de detección virtuales, asesoramiento personalizado y consultas virtuales a pedido.</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	
<p><b>Servicios odontológicos</b> Los servicios preventivos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales</li> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare</li> <li>• Radiografías dentales (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul> <p>Los servicios integrales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Otra cirugía oral/maxilofacial</li> </ul> <p>Esta no es una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos.</p> <p>Este beneficio de asignación odontológica no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b> \$30 de copago</p> <p><i>Un ejemplo de esto es la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental.</i></p> <p><b>\$4,000 de asignación anual</b> eternalHealth pagará hasta <b>\$4,000 por año</b> por servicios integrales y preventivos, <b>sin una red obligatoria</b>. Esta asignación estará disponible para su uso en una Tarjeta Mastercard Prepaid Flex y podrá usarse con el proveedor odontológico de su elección.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b> \$0 de copago.</p> <p><i>Un ejemplo de esto es la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental.</i></p> <p><b>\$4,000 de asignación anual</b> eternalHealth pagará hasta <b>\$4,000 por año</b> por servicios integrales y preventivos, <b>sin una red obligatoria</b>. Esta asignación estará disponible para su uso en una Tarjeta Mastercard Prepaid Flex y podrá usarse con el proveedor odontológico de su elección.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p>

<p><b>Servicios para la vista</b> Los exámenes de la vista de rutina y las compras de anteojos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b> \$15 de copago por examen.</p> <p><b>Exámenes de la vista de rutina</b> \$0 de copago por examen.</p> <p><b>Beneficios para lentes/anteojos</b> eternalHealth pagará hasta \$200 por año para anteojos. Pueden utilizarse para armazones, cristales, lentes de contacto o reemplazos de anteojos.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	<p><b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro por examen.</p> <p><b>Exámenes de la vista de rutina</b> 50% de coseguro por examen.</p> <p><b>Beneficios para lentes/anteojos</b> 50% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de salud mental y por abuso de sustancias</b> Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internados.</p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b> <b>Días 1-5;</b> \$370 de copago por día. <b>Días 6-90;</b> \$0 de copago por día</p> <p><b>Sesiones de terapia individual o grupal</b> <b>(Psicólogo u otro profesional médico)</b> \$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Sesiones de terapia individual o grupal</b> <b>(Servicios de psiquiatría)</b> \$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas de adherencia a la medicación</b> <b>(Servicios de psicología y psiquiatría o de otro profesional médico)</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Sesiones de terapia por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> <b>(Individual y grupal)</b> \$25 de copago por consulta.</p>	<p><b>Servicios de salud mental para pacientes internados</b> 40% de coseguro por estadía.</p> <p><b>Sesiones de terapia individual o grupal</b> <b>(Psicólogo u otro profesional médico)</b> \$50 de copago por consulta.</p> <p><b>Sesiones de terapia individual y grupal</b> <b>(Servicios de psiquiatría)</b> 30% de coseguro por consulta.</p> <p><b>Consultas de adherencia a la medicación</b> <b>(Servicios de psiquiatría)</b> 30% de coseguro por consulta.</p> <p><b>Consultas de adherencia a la medicación</b> <b>(Otro profesional médico)</b> \$50 de copago por consulta.</p> <p><b>Sesiones de terapia por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b> <b>(Individual y grupal)</b> \$50 de copago por consulta.</p>

	<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b> \$25 de copago por consulta.	<b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b> 30% de copago por consulta.
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> Se requiere autorización previa para un SNF. No requiere hospitalización previa.	<b>Días 1-20;</b> \$0 de copago por día. <b>Días 21-100;</b> \$203 de copago por día.	30% de coseguro por estadía.
<b>Terapia ocupacional, física y del habla</b> Se requiere autorización previa para FT, TO y TH.  Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para estos servicios.	\$40 de copago por consulta.	30% de coseguro por consulta.
<b>Servicios de ambulancia</b> Este plan lo cubre para el traslado en ambulancia.  Se requerirá autorización previa para los servicios de Medicare sin carácter de urgencia.  Este plan también lo cubre para traslado de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.	<b>Ambulancia terrestre/aérea</b> \$300 de copago por servicio.	<b>Ambulancia terrestre/aérea</b> \$300 de copago por servicio.
<b>Transporte</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	Viajes hacia y desde lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico o la farmacia \$0 de copago: viajes ilimitados.  Los viajes se pueden programar previamente o reservar a pedido. Las formas de transporte incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uber y Lyft</li> <li>• Vehículos con capacidad de oxígeno</li> </ul>	50% de coseguro.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camionetas para sillas de ruedas</li> <li>• Servicios de camillas</li> <li>• Ambulancias/servicios de soporte vital sin carácter de emergencia</li> <li>• ¡Y más!</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B</b> Puede que apliquen las normas de autorización.</p> <p>Generalmente, los medicamentos de la Parte B no son medicamentos que se autoadministran. Estos medicamentos se pueden administrar en el consultorio de un médico como parte de un servicio médico. En un hospital ambulatorio, la cobertura se limita generalmente a los medicamentos que se administran por infusión o inyección.</p>	<p>20% de coseguro.</p>	<p>30% de coseguro.</p>

## Mis beneficios de medicamentos recetados

Use esta sección para conocer sobre las cuatro fases de la Parte D. Los costos son lo que usted pagará en farmacias dentro de la red. Generalmente, tiene que usar farmacias de la red para surtir sus medicamentos recetados. Los costos pueden variar dependiendo de su farmacia y cuando usted entre en una nueva fase de la Parte D.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Para más información, llame a Servicios para los miembros.

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina:** no pagará más de \$35 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

## Deducible

Después de que usted paga su deducible anual (para ciertos niveles), nuestro plan empieza a cubrir algunos de sus gastos. Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que usted y nuestro plan pagan alcanza el **límite de \$5,030**.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001
Deducible para niveles 1 y 2	\$0
Deducible para niveles 3 a 5	\$185

## Cobertura inicial

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	
Suministro	Venta minorista	Pedido por correo
<b>Nivel 1 (Medicamento genérico preferido)</b>	<b>Suministro de 30 días</b> \$0 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$0 de copago.	<b>Suministro de 30 días</b> \$0 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$0 de copago.
<b>Nivel 2 (Genérico)</b>	<b>Suministro de 30 días</b> \$5 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$15 de copago.	<b>Suministro de 30 días</b> \$5 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$5 de copago.
<b>Nivel 3 (Marca preferida)</b> Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>Suministro de 30 días</b> \$47 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$141 de copago.	<b>Suministro de 30 días</b> \$47 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$47 de copago.
<b>Nivel 4 (marca no preferida)</b> Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>Suministro de 30 días</b> \$100 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$300 de copago.	<b>Suministro de 30 días</b> \$100 de copago.  <b>Suministro de 100 días</b> \$300 de copago.
<b>Nivel 5 (Medicamento de especialidad)</b> Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	<b>Suministro de 30 días</b> 30% de coseguro.  <b>Suministro de 100 días</b> Sin cobertura.	<b>Suministro de 30 días</b> 30% de coseguro.  <b>Suministro de 100 días</b> Sin cobertura.

- Los costos pueden ser diferentes según el tipo de farmacia, como pedido por correo, en centros de atención a largo plazo (LTC) o infusión domiciliaria, y un suministro de 30 o 100 días.

## Período sin cobertura

Durante la etapa del período sin cobertura, usted pagará 25% de los costos del plan por medicamentos de marca cubiertos y 25% del costo del plan para medicamentos genéricos.

Durante la etapa del período sin cobertura, sus gastos de bolsillo para insulina serán de \$35 por el suministro de un mes.

Usted permanece en la etapa del período sin cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$8,000.

## Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Usted es elegible para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$8,000 por año. Cuando alcance la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

**A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará por los medicamentos recetados cubiertos de la Parte D.**

## Mis beneficios y servicios adicionales cubiertos

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de telesalud</b> Médico de atención primaria (PCP) y servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare. Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio. Consulte la disponibilidad directamente con su PCP o especialista.	\$0 de copago para el servicio del médico de atención primaria (PCP) y de especialistas médicos.	\$0 de copago para el servicio del médico de atención primaria (PCP).  \$20 de copago para el servicio de especialistas médicos.
<b>Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</b>	\$25 de copago por acupuntura cubierta por Medicare.  No corresponde para acupuntura no cubierta por Medicare.	\$55 de copago por acupuntura cubierta por Medicare.
<b>Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare</b> Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para estos servicios.	\$15 de copago por consulta.	30% de coseguro por consulta.
<b>Servicios de tratamiento de enfermedades renales</b> Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para estos servicios.	<b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b> 20% de coseguro. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio hospitalario.  <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b> \$0 de copago por servicio.	<b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b> 30% de coseguro. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio hospitalario.  <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b> 30% de coseguro.
<b>Cuidado del pie (servicios de podología)</b> Se requiere autorización previa para consultas que no sean de rutina.	\$35 de copago por servicio.	30% de coseguro.

<b>Equipo médico duradero (DME) y dispositivos protésicos</b>	20% de coseguro.	30% de coseguro.
<b>Suministros para la diabetes</b> Se requiere autorización previa para suministros para la diabetes.	<p><b>Suministros para la diabetes cubiertos por Medicare</b></p> <p><b>Tiras reactivas</b>  Usted paga 0% de coseguro por tiras reactivas de marca preferida (LifeScan y Roche). Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga el 20% de coseguro.</p> <p><b>Monitores continuos de glucosa</b>  Usted paga el 0% de coseguro por los monitores continuos de glucosa (CGM) de marca preferida (Dexcom y Freestyle Libre) cubiertos por Medicare cuando los solicita un médico y se surten en una farmacia de la red.</p> <p>Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada.</p> <p>Si se aprueba, usted paga el 20% del coseguro por los suministros para la diabetes a los que se accede en redes que no son de farmacias (es decir, proveedores de equipos médicos duraderos [DME]).</p> <p><b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b>  Para otros suministros para pruebas de glucosa en sangre (por ejemplo, lancetas, solución de control de glucosa, etc.), usted paga 20% de coseguro.</p> <p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b>  20% de coseguro.</p>	<p><b>Suministros para la diabetes cubiertos por Medicare</b>  30% de coseguro.</p> <p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b>  30% de coseguro.</p>



<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b> Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca.</p>	<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> \$15 de copago.</p> <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> \$20 de copago.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$25 de copago.</p>	<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b> 30% de coseguro.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> 30% de coseguro.</p>
<p><b>Exámenes anuales de bienestar</b></p>	<p>\$0 de copago por examen.</p>	<p>50% de coseguro.</p>
<p><b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b> Este beneficio no se aplica a su monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>\$50 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Esta cantidad no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	
<p><b>SSBCI de alimentos saludables</b> Los afiliados que padecen diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) son elegibles para usar su beneficio de venta libre estándar de \$50 combinado con un beneficio adicional de \$60 cada tres meses para un beneficio de alimentos y vegetales saludables o productos de venta libre.</p> <p>Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>\$60 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Esta cantidad no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	

<p><i>Este beneficio es para afiliados que cumplen con los requisitos. No todos los afiliados serán elegibles para este beneficio.</i></p>	
<p><b>Acondicionamiento físico</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda a los afiliados acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos en línea para acondicionamiento físico y kits para el hogar. eternalHealth cubre el costo total de este beneficio.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>
<p><b>Asistencia domiciliaria</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>La asistencia de apoyo a domicilio a través de Papa incluye 60 horas anuales para servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavado de ropa</li> <li>• Asistencia técnica: aprender servicios de telesalud para conectarse con médicos, acceder a portales de planes de salud, instalar dispositivos</li> <li>• Ejercicio y actividad: apoyo para caminar o andar en bicicleta</li> <li>• Servicios virtuales</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>
<p><b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)</b> Este beneficio no se aplica a su monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>eternalHealth ofrece una suscripción mensual totalmente cubierta para las opciones PERS de reloj inteligente LTE, LTE móvil y en el hogar.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>

## **Aviso de no discriminación: La discriminación es ilegal**

eternalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo. eternalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo.

### **eternalHealth:**

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros de eternalHealth al **1-800-680-4568 (TTY 711)**

Si cree que eternalHealth no cumplió con estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

#### **eternalHealth (correo postal)**

eternalHealth, Inc.  
C/O Appeals & Grievances  
PO Box 1377  
Westborough, MA 01585

#### **eternalHealth (teléfono/fax)**

**Número de teléfono local:** 617-684-2348 (TTY 711)  
**Número de teléfono gratuito:** 1-800-680-4568 (TTY 711)  
**Fax:** 1-866-326-1073

#### **eternalHealth (en persona)**

eternalHealth, Inc.  
31 St. James Ave, Suite 950  
Boston, MA 02116

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, el Servicio para los miembros de eternalHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una denuncia de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de la Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o 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, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Servicios de interpretación multilingüe

**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 1-800-680-4568 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711)。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 1-800-680-4568 (TTY: 711)。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。

**Tagalo:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711) 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711)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 1-800-680-4568 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Árabe:** للحصول على مترجم، إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا لهذه خدمة. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. (1-800-680-4568, TTY: 711) فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية.

**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 1-800-680-4568 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**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 1-800-680-4568 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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 1-800-680-4568 (TTY: 711). 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、1-800-680-4568 (TTY: 711) 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。

Formulario de CMS-10802  
(Vence el 31/DIC/2025)

Formulario aprobado de la  
OMB n.º 0938-1421