

Pennsylvania Public School
Employees' Retirement System (PSERS)

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X

Health Options Program



Guía de afiliación
para afiliados
elegibles de Medicare

2025



Public School Employees' Retirement System (PSERS) patrocina el Health Options Program para el beneficio únicamente de retirados y pensionados sobrevivientes de PSERS, así como para sus respectivos cónyuges, cónyuges sobrevivientes y dependientes. PSERS es una agencia del Estado de Pensilvania con la principal responsabilidad de administrar el sistema de retiro de todos los empleados de escuelas públicas del Estado.

Health Options Program es un programa voluntario de beneficios financiado por las contribuciones de los participantes. Cada retirado y pensionado sobreviviente y sus respectivos cónyuges y dependientes deben decidir si quieren participar o no. Las organizaciones de atención médica privadas, los administradores externos y las aseguradoras ofrecen cobertura y servicios de atención médica disponibles a través de Health Options Program. Ni PSERS ni el Estado de Pensilvania son aseguradoras.

PSERS o el Estado de Pensilvania no serán responsables, en ningún caso, por ningún acto u omisión de alguna aseguradora, administrador externo, organización de atención médica privada o proveedor que tengan una función en este programa. Si hubiera alguna discrepancia entre la información presentada en este documento y lo que realmente ofrece el programa, regirán los documentos legales del plan.

Contenido

Bienvenido a Health Options Program	2	Alguien como yo.....	13
Ventajas de Health Options Program	2	Costos mensuales en Pensilvania (sin incluir la asistencia para pagar la prima).....	16
Asistencia para la prima: un incentivo especial.....	3	Costos mensuales fuera de Pensilvania (sin incluir la asistencia para pagar la prima).....	18
Planes complementarios de Medicare.....	4	Planes Medicare Advantage	22
HOP Medical Plan.....	4	Elegibilidad y afiliación	23
Value Medical Plan.....	4	Cobertura comparable	23
Otras razones para afiliarse a un plan complementario de Medicare	5	Eventos calificados	23
Un vistazo a los planes	5	Dependientes elegibles	23
Opciones del plan de medicamentos recetados de Medicare	6	Cómo afiliarse.....	24
Medicare Plus Rx Option.....	6	Recursos para participantes	25
Medicare Standard Rx Option	6	HOPbenefits.com	25
Un vistazo a los planes	7	Materiales de afiliación para el periodo de selección de opciones.....	25
Plan dental MetLife y EyeMed Vision Option	8	Envíos a retirados que cumplen 65 años.....	26
Cobertura dental MetLife.....	8	Boletines informativos	26
Cobertura de la visión EyeMed.....	11	Encuestas.....	26
		Para más información	27
		Decisiones importantes cuando pasa a ser elegible para Medicare.....	28

BUSQUE NUESTRO LOGOTIPO



Si no ve nuestro nombre, la cobertura no es ofrecida por PSERS. Probablemente, también reciba información de AARP, su sede de Blue Cross Blue Shield, y de otras organizaciones que le ofrecerán cobertura de salud y de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). Estos planes no están patrocinados por PSERS, lo que significa que no ofrecen los beneficios y las ventajas descritos en este manual.

Bienvenido a Health Options Program

Health Options Program ofrece cobertura médica integral, de medicamentos recetados, dental y de la visión a tarifas competitivas.

Este manual describe el programa para los participantes elegibles de Medicare. Para obtener información acerca de cobertura médica para participantes no elegibles de Medicare afiliados a Health Options Program, llame a la unidad administrativa de HOP al 1-800-773-7725.

La mayoría de los afiliados de Health Options Program se afilian cuando cumplen 65 años y pasan a ser elegibles para Medicare. A los 65 años, a menos que siga trabajando, Medicare pasa a ser su cobertura principal para abordar gastos médicos y hospitalarios. Sin embargo, muchas personas sienten que el nivel básico de Medicare (llamado Medicare Original) que ofrece el gobierno no es suficiente para cubrir sus necesidades. Hay dos opciones para mejorar su cobertura:

- Un **plan complementario de Medicare** (a veces llamado póliza Medigap) que paga todos los deducibles o coseguro, o parte de ellos, que tendría que pagar si solo tuviera Medicare Original
- Un **plan Medicare Advantage** (también conocido como plan Medicare Parte C) que reemplaza a Medicare Original por completo

Ambas opciones están disponibles bajo Health Options Program y para cada una hay opciones de planes disponibles. Si elige un plan complementario de Medicare, puede añadir un plan dental y de la visión voluntario o cobertura de medicamentos recetados. La cobertura de medicamentos recetados también está disponible de forma independiente. Si elige un plan Medicare Advantage, la cobertura de medicamentos recetados está incluida. Los beneficios dentales y de la visión también están incluidos con algunos planes Medicare Advantage.

Ventajas de Health Options Program

- Si es elegible para recibir asistencia para pagar la prima y se afilia a un plan complementario de Medicare o de Medicare Advantage, se sumarán hasta **\$100 por mes** a su pensión para ayudarlo a pagar su seguro médico.
- El programa ofrece **una selección de coberturas**. Puede elegir entre dos planes complementarios de Medicare, dos planes de medicamentos recetados y la cobertura dental y de la visión. Según su lugar de residencia, varios planes Medicare Advantage también pueden estar disponibles.
- Sus primas mensuales se **deducen automáticamente** de su pensión (siempre que su pensión supere la prima).
- Puede **cambiar su elección** cada año a comienzos de octubre durante el periodo de selección de opciones. También se puede afiliarse, añadir dependientes o cambiar sus opciones si a usted o a un dependiente se les presenta un evento calificado.
- Tiene acceso a **información de atención médica** que lo ayudará a tomar decisiones informadas acerca de su atención médica y a llevar un estilo de vida más saludable. Recibirá boletines informativos y manuales que lo ayudarán a sacar el máximo provecho de su participación. Los representantes de Atención al Cliente en la Unidad Administrativa de HOP están especialmente capacitados y dedicados a ayudar a los participantes. Puede comunicarse con uno de ellos llamando al 1-800-773-7725, usuarios de TTY, 1-800-498-5428, los días de semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Puede visitar su sitio en línea **HOPbenefits.com** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Health Options Program, patrocinado por Pennsylvania Public School Employees' Retirement System (PSERS), opera para el beneficio exclusivo de nuestros retirados y sus familias.

Asistencia para la prima: un incentivo especial

Participar en Health Options Program puede otorgarle el derecho de recibir un incentivo financiero especial que no está disponible con un programa comercial como AARP o Blue Cross Blue Shield. PSERS ofrece asistencia para pagar la prima para ayudar a los retirados elegibles a pagar su cobertura médica a través de Health Options Program u otro plan de salud de empleador de escuela pública o de distrito del Estado.

Si es elegible para recibir esta asistencia y se afilia a un plan complementario de Medicare o a un plan Medicare Advantage a través de Health Options Program, PSERS le pagará hasta \$100 por mes para su prima mensual. Como participante de Health Options Program, a lo largo de su vida puede ahorrar, en promedio, hasta \$24,000 o más. El monto del beneficio de la asistencia para pagar la prima está determinado por la legislatura de Pensilvania y está sujeto a cambios.

Usted puede recibir asistencia con las primas si está jubilado y cumple con uno de los siguientes requisitos de jubilación:

- todas las clases con al menos 24½ puntos de elegibilidad independientemente de la edad; o
- las clases T-C y T-D: finaliza su empleo en una escuela a la edad de 62 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad; o
- las clases T-E y T-F: finaliza su empleo en una escuela a la edad de 65 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad; o
- las clases T-G y T-H: finaliza su empleo en una escuela a la edad de 67 años o más con al menos 15 puntos de elegibilidad; o
- recibe un beneficio de jubilación por discapacidad por parte del PSERS.

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, podrá recibir asistencia para pagar la prima solo si tiene una prima de gastos por cuenta propia de un plan médico ofrecido a través de Health Options Program o si continúa participando en el plan aprobado por su anterior empleador de escuela. La asistencia para pagar la prima no paga lo siguiente:

- Planes dentales, de la visión, o medicamentos recetados separados, incluidas las opciones independientes de cobertura de medicamentos recetados ofrecidas a través de Health Options Program.
- Primas de gastos por cuenta propia para cónyuges o dependientes de retirados.
- Si su empleador de escuela ofrece la cobertura sin cargo o con contribuciones no gravables.

La asistencia para pagar la prima se agrega a su beneficio de retiro mensual como ingreso no gravable. Si recibe asistencia para pagar la prima para la cobertura del plan de empleador de su escuela, y esta cobertura finaliza, **debe afiliarse a Health Options Program para conservar su asistencia para pagar la prima.**



Planes complementarios de Medicare

Usted y su cónyuge, si él o ella es elegible para Medicare, pueden afiliarse a un plan complementario de Medicare y conservar los beneficios de Medicare Original.

Health Options Program ofrece dos planes complementarios de Medicare: el **HOP Medical Plan** y el **Value Medical Plan**. Su prima mensual con el Value Medical Plan es inferior a la prima del HOP Medical Plan, pero sus pagos por cuenta propia son mayores cuando tiene gastos médicos. Si se afilia a un plan Medicare Advantage, no podrá inscribirse al HOP Medical Plan ni al Value Medical Plan.

HOP Medical Plan

Cuando tiene Medicare Original y se afilia al HOP Medical Plan, tiene **un deducible de \$50 para los servicios de la Parte B de Medicare**. Después de alcanzar el deducible, la cobertura combinada paga el 100% de los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, a excepción de algunos copagos: \$10 por una cita a un proveedor de atención primaria, \$40 por una consulta a un servicio de emergencias, \$25 por una RM o una TC y 10% (hasta \$100 por artículo) para equipo médico duradero. Además, el HOP Medical Plan ofrece cobertura adicional si excede sus beneficios máximos de Medicare o si necesita servicios al viajar al exterior.

Así mismo, si se afilia al HOP Medical Plan, tiene programas de acondicionamiento **SilverSneakers®** sin ningún costo adicional. SilverSneakers incluye clases grupales de acondicionamiento, eventos sociales, piscinas de natación y una red de más de 13 000 centros de acondicionamiento. Todo incluido en su membresía básica de acondicionamiento. Para encontrar un centro cercano, visite el sitio en línea **silversneakers.com**.

Value Medical Plan

El Value Medical Plan es para retirados que quieren una prima mensual baja y gastos por cuenta propia superiores al momento de obtener servicios. Está diseñado para ofrecer protección financiera en caso de que se presenten importantes gastos médicos u hospitalarios inesperados. Si ingresa al hospital, el plan paga el 100% de los deducibles y copagos diarios del hospital de Medicare, **pero usted debe pagar los primeros \$300**. Cuando tenga gastos médicos, el plan limita su parte del costo compartido, pero solo después de que **pague el deducible anual (\$240 en 2024)**. A diferencia del HOP Medical Plan, el Value Medical Plan no ofrece cobertura adicional en caso de que supere los beneficios de Medicare, así como tampoco incluye la membresía de SilverSneakers. La cobertura del Value Medical Plan para servicios prestados en el exterior se limita a los servicios cubiertos por Medicare.



Si se afilia al HOP Medical Plan dentro de los tres meses antes o después del mes en el que cumple 65 años, pagará una prima con descuento. Si permanece afiliado al HOP Medical Plan, recibirá un descuento en su prima cada el año en que cumpla 70 años. Si se retira después de los 65 años y se afilia al HOP Medical Plan, puede calificar para un descuento inferior.

Otras razones para afiliarse a un plan complementario de Medicare

Puede afiliarse al HOP Medical Plan o al Value Medical Plan sin ninguna otra cobertura ofrecida por Health Options Program. Sin embargo, también puede afiliarse a uno de los dos **planes de medicamentos recetados**. (consulte la página 6) o a **un plan dental y de la visión** (consulte la página 8). Cada una de estas opciones implica una prima adicional.

Un vistazo a los planes

La tabla ofrece una comparación directa de cuánto pagaría por servicios cubiertos seleccionados como afiliado de Medicare Original o del HOP Medical Plan o del Value Medical Plan. Para más detalles sobre qué abarca la cobertura y límites de beneficios, consulte la *descripción resumida* de cada plan.

	QUÉ PAGA COMO AFILIADO DE MEDICARE ORIGINAL Y...	
	HOP Medical Plan	Value Medical Plan
Deducible anual de la Parte B	\$50	\$240 (en 2024)
Máximo anual de gastos por cuenta propia	No aplica	\$5,000
Visitas médicas	\$10 proveedor de atención primaria; \$20 especialista	20% hasta \$20
Operación ambulatoria	\$0	20% hasta \$100/procedimiento
Servicio de emergencia	\$40 (eximido si lo admiten)	\$50 (eximido si lo admiten)
Atención de urgencia	\$15	20% hasta \$20
Evaluaciones por RM y TC	\$25	20% hasta \$100/procedimiento
Terapia ambulatoria	\$0	20%
Equipo médico duradero	10% hasta \$100/artículo	20%
Internaciones	\$0	\$300/ingreso
Centro de enfermería especializada (días 21 al 100)	\$0	\$50/día
Cobertura una vez superados los beneficios de Medicare	20% (después del deducible de \$250) con un límite anual de \$1,000 de gastos por cuenta propia	No cubierto.

Opciones del plan de medicamentos recetados de Medicare

Usted y su cónyuge, si él o ella es elegible para Medicare, pueden afiliarse a un plan calificado de medicamentos recetados de Medicare Parte D (con un complemento de Medicare o sin él). Sin embargo, si elige un plan de medicamentos recetados de forma independiente (sin complemento de Medicare), **no será elegible para recibir la asistencia para pagar la prima.**

Health Options Program ofrece dos planes de medicamentos recetados de Medicare: **Medicare Plus Rx Option y Medicare Standard Rx Option.** Su prima mensual para Medicare Standard Rx Option es inferior a la prima para Medicare Plus Rx Option; sin embargo, tendrá que cumplir con el deducible anual de \$590 (en 2025) antes de que Medicare Standard Rx Option pague cualquier gasto de sus medicamentos recetados.

Los planes de medicamentos recetados de Medicare son administrados por OptumRx (1-888-239-1301) para Health Options Program. No podrá inscribirse en Medicare Standard Rx Option o Medicare Plus Rx Option si se afilia a un plan Medicare Advantage.

De acuerdo con los requisitos de la Ley para la Reducción de la Inflación de 2022, las opciones de medicamentos recetados de Medicare brindarán beneficios mejorados para la cobertura de insulina y de vacunas. Consulte página 7 para obtener más información.

Medicare Plus Rx Option

Con la Medicare Plus Rx Option, tiene **un deducible de \$200 para medicamentos de marca preferidos, medicamentos no preferidos o medicamentos especiales** (medicamentos de niveles 3, 4 y 5). No hay deducible para medicamentos genéricos de niveles 1 y 2. La Medicare Plus Rx Option también cubre ciertos medicamentos no cubiertos por la Medicare Standard Rx Option ni los programas de medicamentos recetados de Medicare ofrecidos por aseguradoras comerciales. La Medicare Plus Rx Option tiene un formulario diferente de la Medicare Standard Rx Option.

Medicare Standard Rx Option

Con la Medicare Standard Rx Option, tiene **un deducible de \$590 (en 2025) para medicamentos de marca preferidos, medicamentos no preferidos o medicamentos especiales** (medicamentos de niveles 3, 4 y 5). No hay deducible para medicamentos genéricos de niveles 1 y 2. Está diseñado para ofrecer protección financiera en caso de que se presenten gastos importantes e inesperados de medicamentos recetados. La Medicare Standard Rx Option tiene un formulario diferente que la Medicare Plus Rx Option. El formulario de la Medicare Standard Rx Option se llama Gold5 Formulary.

Si se afilia a un plan de medicamentos recetados sin cobertura médica, no será elegible para recibir asistencia para pagar la prima.

Un vistazo a los planes

Presentamos una comparación directa de cuánto pagará bajo cada opción de cobertura para recetas médicas de Medicare. Para más detalles sobre qué está cubierto y límites de beneficios, consulte la descripción resumida del HOP Medical Plan o del Value Medical Plan.

MEDICAMENTOS RECETADOS	MEDICARE PLUS Rx OPTION		MEDICARE STANDARD Rx OPTION	
	Farmacia Minorista	Pedido por correo	Farmacia Minorista	Pedido por correo
Deducible anual	\$200 (excluye los genéricos)		\$590 (excluye los genéricos)	
Cobertura inicial hasta un límite de gastos por cuenta propia de \$2,000*				
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Máximo de \$4 por un suministro de hasta 30 días; \$12 por un suministro de 31 a 90 días	\$12 por un suministro de 31 a 90 días	Máximo de \$6 por un suministro de hasta 30 días; \$18 por un suministro de 31 a 90 días	\$18 por un suministro de 31 a 90 días
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Máximo de \$10 por un suministro de hasta 30 días; \$30 por un suministro de 31 a 90 días	\$30 por un suministro de 31 a 90 días	Máximo de \$15 por un suministro de hasta 30 días; \$45 por un suministro de 31 a 90 días	\$45 por un suministro de 31 a 90 días
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	20%	20%	25%	25%
Medicamentos no preferidos (Nivel 4)	25%	25%	30%	30%
Medicamentos de especialidad (Nivel 5; limitado a un suministro de 30 días)	30%	30%	25%	25%
Cobertura para catástrofes**				
Medicamentos genéricos***	\$0		\$0	
Medicamentos de marca***	\$0		\$0	

* Incluye los costos totales de los medicamentos cubiertos pagados por el participante

** En Medicare Plus Rx Option, puede que tenga costos compartidos por los medicamentos cubiertos en nuestra lista de medicamentos adicionales

*** Incluye los medicamentos de especialidad

Mejoras en los beneficios previstas en la Ley para la Reducción de la Inflación. Llame a OptumRx para obtener más información.

Insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por las opciones de Medicare Rx (o Medicare Rx Options), sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Vacunas: las opciones Medicare Rx Options cubren la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible anual.

Puede encontrar una lista de todos los medicamentos cubiertos en el *Comprehensive Prescription Drug Formulary para la Medicare Plus Rx Option* y en el *Comprehensive Gold5 Prescription Drug Formulary*, disponible en línea en [HOPbenefits.com](https://www.hopbenefits.com) por solicitud a la Unidad Administrativa de HOP.

Plan dental MetLife y EyeMed Vision Option

Bajo el Plan dental MetLife y EyeMed Vision Option, una sola elección le brinda dos tipos de cobertura; no puede inscribirse en la cobertura dental y de la visión por separado.

La cobertura dental y de la visión incluye atención preventiva y le ofrece descuentos para ciertos servicios si acude a proveedores de la red. Consulte las secciones siguientes para obtener más detalles sobre cómo funcionan los beneficios, cómo encontrar proveedores de la red y toda limitación o restricción.

Debe inscribirse en el HOP Medical Plan o el Value Medical Plan para ser elegible para la cobertura dental y de la visión. No está disponible de forma independiente o si se inscribe en un plan Medicare Advantage.

Si no se inscribe en la cobertura dental y de la visión cuando sea elegible por primera vez, o se inscribe pero cancela su cobertura en una fecha posterior, no podrá volver a inscribirse a menos que haya una inscripción abierta o le ocurra un Evento calificado.

* Los ahorros que reciba por inscribirse en el Programa dentista preferido de MetLife dependerán de varios factores, entre ellos, con qué frecuencia consulta al dentista y los costos de los servicios prestados.

Cobertura dental MetLife

Además de ayudarlo a mantener una buena salud bucal a un precio razonable,* el plan dental le ofrece una variedad de importantes ventajas:

- Al unirse, no necesita cambiar de dentista. Puede visitar a cualquier dentista, pero elegir a uno que forme parte de la red de MetLife (un dentista de la red) lo ayuda a ahorrar dinero.
- Si acude a un dentista de la red, no hay deducible anual, lo que significa que comienza a ahorrar en atención dental la primera vez que visita a un dentista.
- Con un dentista de la red, no paga nada por atención preventiva (estudios o limpiezas) y paga menos de la mitad del costo por cualquier otro servicio.
- Cada año usted puede recibir hasta \$1,400 en servicios de restauración básicos e importantes. Los servicios preventivos no cuentan para el beneficio anual máximo.
- Si consulta a un dentista de la red después de recibir el máximo beneficio anual, continuará pagando las tarifas con descuento.



Un vistazo a la cobertura

Aquí le presentamos cuánto paga por atención dental dentro y fuera de la red.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED*
Servicios de prevención (no cuentan para el beneficio anual máximo)		
Deducible	\$0	\$0
Estudios bucales, limpiezas, radiografías de boca completa o panorámicas, radiografías interproximales, radiografías intraorales, periapicales y extraorales, tratamiento con flúor (para niños dependientes de hasta 14 años)	0%	20% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.
Servicios de restauración básicos e importantes		
Deducible	\$0	\$100
Servicios básicos (pruebas de vitalidad pulpar, moldes de diagnóstico, estudio bacteriológicos, selladores, mantenedores de espacios, cuidados paliativos, empastes sedantes, empastes, mantenimiento periodontal, recubrimiento pulpar, pulpotomía terapéutica, periodoncia, extracciones no quirúrgicas simples, extracciones quirúrgicas/cirugía bucal)	30% de la tarifa con descuento de MetLife	50% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.
Servicios importantes (re cementación y reparaciones, rebasado y relleno, anestesia general, consultas, inserciones/recubrimiento, coronas, reconstrucción de corona, dentadura postiza, puentes, endodoncia/conducto radicular, periodoncia, colocación quirúrgica de implantes)	40% de la tarifa con descuento de MetLife	50% de la tarifa con descuento de MetLife más 100% de la diferencia entre las tarifas original y la que tiene descuento.

* Estos niveles de reembolso fuera de la red no se aplican en Texas, Mississippi, Louisiana, Montana, Massachusetts o Alaska. Si vive en uno de estos estados, llame a la Unidad de administración de HOP (1-800-773-7725) para conocer los niveles de reembolso.

Comprender los beneficios dentales dentro y fuera de la red

Cada vez que necesite atención dental, puede decidir si usa un dentista dentro de la red o uno que no forme parte de la red de MetLife. Si bien es libre de elegir un dentista fuera de la red siempre que lo necesite y tan seguido como lo desee, acudir a un proveedor dental de MetLife es la opción de menor costo.

¿Por qué?

- Con los proveedores de la red, **nunca paga un deducible**. Si acude a dentistas fuera de la red, deberá pagar \$100 de deducible antes de que el plan pague cualquier beneficio por servicios básicos o importantes de restauración.

- Su **porcentaje del costo siempre es menor** con un proveedor de la red.
- MetLife negocia **tarifas con descuento**** con los dentistas de la red. Esto significa que, por contrato, deben aceptar una cantidad específica por cada servicio. Los dentistas fuera de la red pueden cobrar lo que quieran, pero MetLife pagará beneficios solo en base a lo que ha establecido para los proveedores de la red. Esto significa que, si acude a un dentista fuera de la red, paga el 100% de la diferencia entre lo que cobra el dentista y las tarifas con descuento de MetLife.

** Las tarifas con descuento se refieren a los cargos que han acordado aceptar los dentistas dentro de la red como el pago íntegro de los servicios cubiertos, con sujeción a cualquier copago, deducible, costo compartido y los beneficios máximos. Las tarifas con descuento están sujetas a cambios.

Ejemplo. Necesita un alisado periodontal o radicular (un servicio de restauración básico) que tiene una tarifa con descuento de \$119. Puede elegir entre dos dentistas igualmente calificados. Un dentista pertenece a la red de MetLife y cobra la tarifa con descuento de \$119. Usted paga \$35.70 (30% de \$119) y MetLife paga \$83.30.

El otro dentista no forma parte de la red de MetLife y cobra \$259 por el servicio. Asumiendo que ya haya cumplido con el deducible anual de \$100 por servicios de restauración fuera de la red, su costo consiste de dos tarifas:

- \$59.50 (50% de la tarifa con descuento de \$119), más
- \$140 (100% de la diferencia entre lo que cobra el dentista, \$259, y la tarifa con descuento de \$119)

Entonces, paga \$199.50 (\$59.50 + \$140) y MetLife paga \$59.50. En este ejemplo, **ahorraría \$163.80** (\$199.50 - \$35.70) por usar un dentista de la red.

Cómo encontrar un dentista de MetLife

Hay miles de dentistas generales y especialistas a disposición en todo el país. Por lo que, con seguridad, encontrará uno que satisfaga sus necesidades. Puede encontrar una lista en línea de los dentistas de MetLife en [metlife.com/dental](https://www.metlife.com/dental). Haga clic en **Find a participating dentist** (encontrar un dentista participante) en la página de inicio, ingrese su código postal y elija **PDP Plus** como su red en el menú desplegable. También puede llamar a MetLife de forma gratuita al 1-855-700-7997 y solicitar que le envíen por correo una lista de dentistas.

Cuando va al dentista

No se le pide que muestre tarjeta de identificación a su dentista como prueba de cobertura. Cuando programe una cita, solo debe anunciarle al consultorio del dentista que su proveedor de seguro dental es MetLife. Los dentistas pueden presentar reclamos por usted, por lo que casi no tiene papeleo.

Beneficios máximos

Una vez alcanzados los \$1,400 en beneficios dentales por servicios dentro y fuera de la red combinados, esto no incluye la atención preventiva y de diagnóstico, paga el 100% de cualquier atención adicional que reciba por el resto del año natural. Sin embargo, **los dentistas dentro de la red aceptan tarifas negociadas de MetLife después de haber alcanzado el máximo**, lo que significa que seguirá recibiendo descuentos para servicios dentales.

Como la mayoría de los programas de beneficios grupales, el programa de beneficios de MetLife contiene ciertas exclusiones, excepciones, periodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerlo en vigor. Consúltelo a MetLife o a la Unidad Administrativa de HOP por costos y detalles completos.



Cobertura de la visión EyeMed

La cobertura de la visión incluye atención preventiva y le ofrece descuentos para ciertos servicios si acude a un proveedor de la red. Consulte las secciones siguientes para obtener más detalles sobre cómo funcionan los beneficios, cómo encontrar proveedores de la red y toda limitación o restricción.

El Plan de la visión le ofrece una serie de ventajas importantes:

- Los exámenes de la vista, armazones y lentes graduados o lentes de contacto médicamente necesarios, están cubiertos una vez cada dos años calendario.
- Tiene la opción de consultar a un proveedor en la red de EyeMed Insight o un proveedor fuera de la red; sin embargo, siempre pagará menos por servicios dentro de la red.
- Si visita a un proveedor PLUS (por ej., LensCrafters y Target Optical), será elegible para una asignación adicional de \$50 para armazones.
- La atención fuera de la red se reembolsará hasta los límites del plan (indicados en el cuadro a continuación) después de que envíe una reclamación por el monto total del servicio.
- El programa de bienestar HealthyEyes mantiene el enfoque en la salud de sus ojos con herramientas, artículos y videos en línea.

Un vistazo a la cobertura

Esto es lo que pagaría por la atención de la visión dentro y fuera de la red.

SERVICIOS CUBIERTOS (UNA VEZ CADA DOS AÑOS CALENDARIO)	SU COSTO DENTRO DE LA RED	SU REEMBOLSO FUERA DE LA RED
Examen de la vista	\$0	Hasta \$30
Armazón	20% de descuento sobre el saldo que supere la asignación de \$100	Hasta \$45
Armazón de un proveedor PLUS	20% de descuento sobre el saldo que supere la asignación de \$150	Hasta \$45
Lentes de plástico estándar (en lugar de lentes de contacto médicamente necesarios)		
Monofocales	\$0	Hasta \$25
Bifocales	\$0	Hasta \$36
Trifocales	\$0	Hasta \$46
Lenticulares	\$0	Hasta \$46
Progresivos – estándar	\$55	Hasta \$36
Lentes de contacto médicamente necesarios (en lugar de lentes)	\$0	Hasta \$210

Explicación de los beneficios de la visión dentro y fuera de la red

Cada vez que necesite atención de la visión, usted decidirá si acudir a un proveedor de la red o a uno que no pertenezca a la red EyeMed Insight. Si bien puede salir de la red cuando y con la frecuencia que desee, acudir a un proveedor de EyeMed es su opción de menor costo. He aquí por qué:

- Para la mayoría de los servicios dentro de la red, incluidos los exámenes de la vista, la mayoría de los lentes y los armazones, no pagará nada —un copago de \$0— cuando necesite atención.
- Si compra armazones con un proveedor PLUS (por ej., LensCrafters y Target Optical), recibirá \$50 adicionales para su asignación para armazón.
- Si visita a un proveedor fuera de la red, pagará el monto total del servicio por adelantado y enviará una reclamación de reembolso, junto con una factura detallada.
- EyeMed negocia **tarifas con descuento*** con proveedores de la red. Esto significa que están bajo contrato para aceptar una cantidad específica de por cada servicio. Los proveedores de fuera de la red pueden cobrar cualquier cantidad, pero EyeMed solo pagará hasta el nivel máximo de reembolso. Esto significa que, si acude a un proveedor fuera de la red, pagará el 100% de la diferencia entre lo que cobra el proveedor y el nivel máximo de reembolso de EyeMed.

* Las tarifas con descuento se refieren a los cargos que han acordado aceptar los proveedores de la red como el pago íntegro de los servicios cubiertos, con sujeción a cualquier copago, deducible, costo compartido y los beneficios máximos. Las tarifas con descuento están sujetas a cambios.

Para encontrar a un proveedor de la visión de EyeMed

La búsqueda de proveedores mejorada de EyeMed tiene más de 170,000 proveedores de la red Insight a nivel nacional. Puede filtrar su búsqueda para encontrar a los que se encuentren cerca de usted y tengan las marcas de armazones, los horarios y los servicios más convenientes. Para usar la herramienta de búsqueda, visite **eyedoclocator.eyemedvisioncare.com** y seleccione la red Insight. También puede descargar la aplicación para miembros de EyeMed a través de la App Store de Apple o Google Play.

Cuando acuda al proveedor de la visión

EyeMed le enviará dos tarjetas de identificación cuando se inscriba, pero no es necesario llevar ninguna cuando visite a un oculista. Si pierde su tarjeta o necesita adicionales para su familia, puede imprimir una iniciando sesión en **member.eyemedvisioncare.com**, o para obtener una versión digital en cualquier momento o lugar, descargue la aplicación para miembros de EyeMed a través de la App Store de Apple o Google Play.

Como la mayoría de los programas de beneficios grupales, los programas de beneficios de EyeMed contienen ciertas exclusiones, excepciones, periodos de espera, reducciones, limitaciones y términos para mantenerlos en vigor. Pregunte a EyeMed o a la Unidad Administrativa de HOP por costos y detalles completos.



Alguien como yo

No siempre es fácil decidir qué plan médico es adecuado para usted. Esperamos que estos ejemplos de “alguien como yo” le ayuden en este proceso. Los perfiles solo se presentan para fines de demostración. El plan que elija debe basarse en sus necesidades de atención médica reales.

Conozca a Frank

- Está por jubilarse a los 65 años.
- Goza de buena salud y por lo general solo consulta con el médico para los exámenes de bienestar.
- En este momento no usa ningún medicamento recetado.
- Está divorciado y solo necesita cobertura para sí mismo.
- Le gusta usar la tecnología.

Lo que a Frank le importa...

- **Acceso fácil a los recursos.** Frank quiere que todos sus recursos sean fácilmente disponibles. Le gusta la conveniencia de la información y las herramientas en línea.
- **Costo.** Frank se concentra en mantener bajos sus gastos mensuales. Tiene derecho a \$100 al mes de asistencia para pagar la prima y desea asegurarse de que tenga un plan que ofrezca asistencia para pagar la prima.
- **Selección y flexibilidad.** A Frank le preocupa que, con el tiempo, si su salud cambia, pudiera necesitar más cobertura. Quiere tener la capacidad de cambiar y actualizar su cobertura a medida que cambian sus necesidades de atención médica.

¿Cuál plan es adecuado para Frank?

Value Medical Plan con Medicare Standard Rx Option.

- En este momento, Frank no tiene recetas regulares; sin embargo, siempre es buena idea contar con al menos un poco de cobertura para medicamentos esporádicos, como los antibióticos si se llegara a enfermar. Si necesita más cobertura en el futuro, sabe que hay otras opciones disponibles a través de Health Options Program.

- La atención preventiva y los exámenes de bienestar están cubiertos al 100% antes del deducible.
- La asistencia para pagar la prima que tiene Frank cubre la mayoría de los costos mensuales del Value Medical Plan, así que pagará menos en las primas mensuales; además, está protegido de los gastos médicos elevados imprevistos por el máximo anual de gasto por cuenta propia.
- El sitio web, **HOPbenefits.com**, tiene un portal para miembros seguro con información personalizada, información general del plan y herramientas de búsqueda para los proveedores de la red y los medicamentos cubiertos. También puede elegir recibir algunos documentos en forma electrónica en vez de por el correo.
- El Health Options Program también ofrece otras opciones de cobertura adicional, como Medicare Plus Rx Option o los planes Medicare Advantage, en caso de que alguna vez quisiera cambiar de cobertura.
- Frank podría inscribirse en Medicare Original; sin embargo, no podría aplicar a dicha cobertura su asistencia para pagar la prima.



Conozca a Mary y James

- Mary se jubiló anticipadamente y pudo permanecer en el plan de seguro de salud de su escuela.
- Mary acaba de cumplir 65 años y ahora tiene derecho a Medicare, por lo que perdió la cobertura bajo el plan patrocinado por su escuela.
- Mary necesita cubrir a su esposo James, que tiene 63 años de edad y no es elegible para Medicare.
- James toma un medicamento para la presión arterial alta.
- Mary es diabética.

Lo que a Mary y James les importa...

- **Beneficios de medicamentos recetados** James solo toma un medicamento recetado y Mary tiene un medicamento para ayudarlo a controlar su azúcar en sangre. Desean contar con protección financiera contra los medicamentos de costo elevado.
- **Estilo de vida saludable.** Mary se preocupa de permanecer sana y activa, pero ahora que vive de ingresos fijos, le preocupan sus cuotas de afiliación al gimnasio. Para mantenerse sanos, Mary y James se someten a chequeos y exámenes de bienestar anuales.
- **Un programa con opciones para los dependientes que no sean elegibles para Medicare.** Mary se emociona con la inscripción en Health Options Program porque sabe que tiene opciones para James ahora y una vez que sea elegible para Medicare.
- **Costos.** Mary y James tendrán costos de medicamentos recetados, por lo que desean mantener los demás gastos lo más bajos que sea posible. También desea asegurarse de que las primas mensuales no dependan de su edad.
- **Beneficios de la visión.** Mary usa lentes. Sabe lo importante que es someterse a exámenes de la vista regulares, vigilar la salud de sus ojos y actualizar su graduación, según sea necesario.



¿Cuál plan es adecuado para Mary y James?

HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión con recetas médicas y el HOP Pre-65 Medical Plan con recetas.

- Mary se va a inscribir en el **HOP Medical Plan** dentro del plazo de tres meses antes o después de la fecha en que cumpla los 65 años, de manera que será elegible para un descuento del 15%. Si sigue inscrita en el HOP Medical Plan, recibirá un descuento de primas el año en que cumpla 70 años. Además, sabe que las primas del Health Options Program se establecen en una tasa estándar para las personas de 70 años de edad y mayores. Le gusta que su prima no depende de su edad.
- Mary es elegible para la asistencia para pagar la prima, así que ahorrarán \$100 en su prima cada mes. Asimismo, le gusta la conveniencia de que sus primas se deducen automáticamente de su pensión.
- Mary también elige inscribirse en el Plan dental MetLife y EyeMed Vision Option. De esa manera, sus visitas preventivas estarán cubiertas al 100% por el plan y estará protegida de los costos de bolsillo elevados si alguna vez necesita tratamientos dentales o de la visión.
- Cada año durante el Período de selección de opciones, tendrán la opción de cambiar de plan. Les gusta tener la flexibilidad de poder cambiar de cobertura a medida que cambian sus necesidades de atención médica.
- El programa de acondicionamiento SilverSneakers está incluido y les puede ayudar con los cambios de estilo de vida para mejorar sus afecciones de salud.
- El Health Options Program ofrece un plan pre-65 para James. Consulte la página 23 para obtener más información sobre la cobertura comparable para los cónyuges que no sean elegibles para Medicare.

Continúa

¿De qué manera están cubiertos sus medicamentos?

Mary tiene diabetes y está usando un medicamento para controlar su azúcar en sangre. Con el HOP Medical Plan, Mary tiene la opción de dos planes de medicamentos recetados: Medicare Plus Rx Option o Medicare Standard Rx Option. Dependiendo del plan que elija, pagará una cantidad diferente para los medicamentos recetados cubiertos. Las dos opciones de Medicare Rx tienen formularios diferentes, que Mary deberá tener en cuenta cuando elija un plan.

Este es un ejemplo de lo que pagaría Mary bajo cada plan durante la Cobertura inicial* por un surtido de 30 días:

	MEDICARE PLUS RX OPTION		MEDICARE STANDARD RX OPTION	
Formulario	Medicare Plus Rx Option Formulary		Gold5 Formulary	
	Genéricos preferidos (Nivel 1)	Marca preferidos (Nivel 3)	Genéricos preferidos (Nivel 1)	Marca preferidos (Nivel 3)
Costo total	\$132.00	\$547.00	\$132.00	\$547.00
El plan paga	\$128.00	\$437.60	\$126.00	\$410.25
Mary paga	Copago de \$4**	\$109.40*** (20%)	Copago de \$6**	\$136.75*** (25%)

* Los costos pueden variar según la etapa de cobertura. Consulte los detalles en la página 7.

** No corresponde el deducible anual.

*** El costo que se indica es después de satisfacer el deducible anual.



Costos mensuales en Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nota: Todas las primas son tarifas estándar pagadas por la mayoría de los afiliados. Sus tarifas pueden ser diferentes, según las circunstancias de su afiliación.

Centro y norte de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en Pensilvania central o del norte, que incluye los siguientes condados:

Adams • Armstrong • Beaver • Bedford • Berks • Blair • Bradford • Butler • Cambria • Cameron • Carbon
 Centre • Clarion • Clearfield • Clinton • Columbia • Crawford • Cumberland • Dauphin • Elk • Erie • Forest
 Franklin • Fulton • Huntingdon • Jefferson • Juniata • Lackawanna • Lancaster • Lawrence • Lebanon
 Lehigh • Luzerne • Lycoming • McKean • Mercer • Mifflin • Monroe • Montour • Northampton
 Northumberland • Perry • Pike • Potter • Schuylkill • Snyder • Somerset • Sullivan • Susquehanna • Tioga
 Union • Venango • Warren • Wayne • Wyoming • York

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$203
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$340
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$260
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$241
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$378
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$298
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$102
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$239
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$159
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$140
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$277
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$197



Costos mensuales en Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Sudoeste de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en el sudoeste de Pensilvania, que incluye los siguientes condados:

Allegheny • Fayette • Greene • Indiana • Washington • Westmoreland

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$353
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$273
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$254
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$391
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$311
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$252
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$172
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$153
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$290
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$210

Sudeste de Pensilvania

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en el sudeste de Pensilvania, que incluye los siguientes condados:

Bucks • Chester • Delaware • Montgomery • Philadelphia

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$225
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$362
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$282
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$263
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$400
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$320
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$254
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$155
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$292
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$212

Costos mensuales fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nota: Todas las primas son tarifas estándar pagadas por la mayoría de los afiliados. Sus tarifas pueden ser diferentes, según las circunstancias de su afiliación.

Florida

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Florida:

Alachua • Bay • Bradford • Brevard • Broward • Calhoun • Charlotte • Citrus • Clay • Collier • Dixie • Duval
 Gilchrist • Glades • Gulf • Hamilton • Hendry • Hernando • Highlands • Hillsborough • Indian River
 Lafayette • Levy • Liberty • Martin • Miami-Dade • Monroe • Nassau • Okaloosa • Orange • Palm Beach
 Pinellas • Putnam • St. Johns • Seminole • Sumter • Union • Walton

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$225
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$362
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$282
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$263
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$400
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$320
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$254
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$155
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$292
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$212

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Florida:

Baker • Columbia • DeSoto • Escambia • Flagler • Franklin • Gadsden • Hardee • Holmes • Jackson
 Jefferson • Lake • Lee • Leon • Madison • Manatee • Marion • Okeechobee • Osceola • Pasco • Polk
 Saint Lucie • Santa Rosa • Sarasota • Suwannee • Taylor • Volusia • Wakulla • Washington

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$353
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$273
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$254
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$391
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$311
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$252
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$172
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$153
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$290
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$210

Costos mensuales fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nueva Jersey

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva Jersey:

Burlington • Camden • Cumberland • Essex • Gloucester • Hunterdon • Mercer • Ocean • Salem • Warren

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$353
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$273
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$254
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$391
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$311
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$252
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$172
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$153
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$290
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$210

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva Jersey:

Atlantic • Bergen • Cape May • Hudson • Middlesex • Monmouth • Morris • Passaic • Somerset
Sussex • Union

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$225
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$362
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$282
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$263
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$400
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$320
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$254
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$155
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$292
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$212

Costos mensuales fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Nueva York

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos condados en Nueva York:

Kings (Brooklyn) • Nassau • Orange • Putnam • Queens • Rockland • Suffolk • Sullivan • Ulster • Westchester

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$225
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$362
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$282
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$263
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$400
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$320
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$117
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$254
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$174
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$155
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$292
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$212

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en cualquier otro condado en Nueva York:

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$353
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$273
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$254
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$391
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$311
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$252
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$172
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$153
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$290
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$210

Costos mensuales fuera de Pensilvania

(sin incluir la asistencia para pagar la prima)

Otros estados

A continuación, presentamos sus costos mensuales si vive en uno de estos estados:

Alabama • Alaska • Arizona • Arkansas • California • Colorado • Connecticut • Delaware • Georgia
 Guam • Hawaii • Idaho • Illinois • Indiana • Iowa • Kansas • Kentucky • Louisiana • Maine • Maryland
 Massachusetts • Michigan • Minnesota • Mississippi • Missouri • Montana • Nebraska • Nevada
 New Hampshire • New Mexico • North Carolina • North Dakota • Ohio • Oklahoma • Oregon • Puerto Rico
 Rhode Island • South Carolina • South Dakota • Tennessee • Texas • Utah • Vermont • Virginia • Virgin Islands
 Washington • Washington, D.C. • West Virginia • Wisconsin • Wyoming

Sus opciones	Su costo mensual por persona
HOP Medical Plan solamente	\$216
HOP Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$353
HOP Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$273
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$254
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$391
HOP Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$311
Medicare Plus Rx Option	\$137
Medicare Standard Rx Option	\$57
Value Medical Plan solamente	\$115
Value Medical Plan y Medicare Plus Rx Option	\$252
Value Medical Plan y Medicare Standard Rx Option	\$172
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión	\$153
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Plus Rx Option	\$290
Value Medical Plan con cobertura dental y de la visión y Medicare Standard Rx Option	\$210

Planes Medicare Advantage

Puede elegir un plan Medicare Advantage (también conocido como plan Medicare Parte C) en lugar de Medicare Original y el HOP Medical Plan o el Value Medical Plan. Un plan Medicare Advantage combina los beneficios médicos y de medicamentos recetados en un solo programa. No puede afiliarse a una cobertura médica sin cobertura para medicamentos recetados, o viceversa. Por lo tanto, si elige esta opción, no puede afiliarse a ningún otro plan de medicamentos recetados de Medicare.

Los planes Medicare Advantage disponibles a través de Health Options Program son ofrecidos por Highmark, Aetna, Independence Blue Cross, Capital BlueCross, y UPMC.

Para averiguar cuáles planes Medicare Advantage están disponibles donde usted reside, los beneficios que ofrecen y sus tarifas, visite **HOPbenefits.com** y navegue a **Resources > Documents and Forms** (Recursos > Documentos y formularios). Busque las listas de las guías de Medicare Advantage. Hay una para cada región de Pensilvania y una para fuera de Pensilvania.

Estas aseguradoras tienen contrato con el gobierno federal para ofrecer beneficios de Medicare. Cada aseguradora establece sus propios beneficios y tarifas para afiliados. Además, dado que cada plan Medicare Advantage sirve solo a ciertas áreas, los planes disponibles para usted dependen del lugar donde viva. Si se afilia a un plan Medicare Advantage, debe usar su red de proveedores para recibir máximos beneficios.



Cada aseguradora establece sus propios beneficios y primas para los planes Medicare Advantage que ofrece a través de Health Options Program. Puede que estos beneficios y primas sean diferentes a los ofrecidos por la misma aseguradora por fuera de Health Options Program.

Elegibilidad y afiliación

Para ser elegible para un plan complementario de Medicare o para un plan Medicare Advantage, debe afiliarse a la Parte A y B de Medicare y pagar la prima de la Parte B.

Cobertura comparable

Si su cónyuge no está inscrito actualmente, considere cuándo podrá retirarse. Los retirados y sus dependientes deben estar inscritos en el mismo plan, que se determina según el que se inscriba primero. Si su cónyuge pasará a ser elegible en el próximo año, pero después de que tome su decisión en este periodo de selección de opciones, quizás desee considerar cuáles opciones darán resultados para los dos. De otra manera, no tendrá la oportunidad de cambiar de cobertura (para ambos) hasta el periodo de selección de opciones del próximo otoño. Por ejemplo, si usted elige el HOP Medical Plan, cuando su cónyuge se retire, también debe elegir el HOP Medical Plan (si es elegible para Medicare) o el HOP Pre-65 Medical Plan (si no es elegible para Medicare). Sin embargo, si tanto usted como su cónyuge son pensionados de PSERS, pueden elegir diferentes opciones de planes.

Eventos calificados

Puede inscribirse en el Health Options Program o cambiar de beneficio si experimenta un evento calificado. Sin embargo, no espere demasiado. Se aplican determinados plazos. Comuníquese con la Unidad Administrativa de HOP al 1-800-773-7725 para obtener los detalles.

Se presenta un evento calificado cuando sucede lo siguiente:

- Se retira y pierde la cobertura de atención médica bajo el plan de salud del empleador de la escuela. La cobertura bajo el plan de salud del empleador de la escuela incluye cualquier cobertura de continuación COBRA que pueda elegir bajo ese plan de salud de empleador de escuela.
 - Pierde de forma involuntaria la cobertura bajo un plan de salud del empleador que no sea de escuela, incluye cualquier cobertura de continuación COBRA que pueda elegir bajo ese plan de salud de empleador que no sea de escuela.
- Usted o su cónyuge cumplen 65 años o pasan a ser elegibles para Medicare.
 - Hay un cambio en el estado de su familia, que incluye: divorcio, fallecimiento de un cónyuge, adición de un dependiente por nacimiento, adopción o casamiento o pérdida de elegibilidad de un dependiente. (El fallecimiento de un retirado no cuenta como evento calificado a menos que el cónyuge o dependiente vaya a recibir una pensión por parte de PSERS luego del fallecimiento del retirado).
 - Pasa a ser elegible para recibir la asistencia para pagar la prima por un cambio en la legislación.
 - Su plan actual finaliza o se muda fuera del área de servicio de su plan actual.

Los eventos calificados aplican para usted y pueden aplicar para su cónyuge y sus dependientes.

Dependientes elegibles

Los dependientes elegibles para afiliarse a Health Options Program incluyen los siguientes:

- Su cónyuge.
- Sus hijos no casados menores de 19 años, se incluyen hijos biológicos, hijastros, hijos legalmente adoptados e hijos entregados en adopción.
- Sus hijos no casados de entre 19 y 23 años inscritos como estudiantes de tiempo completo en una escuela o universidad acreditada o en una escuela técnica o especializada; o bien, que no estén empleados de forma regular por tiempo completo por uno o más empleadores. Y
- Sus hijos no casados con alguna incapacidad mental o física antes de los 17 años que:
 - No puedan tener un empleo que les permita mantenerse a sí mismos.
 - Dependan de su apoyo. Y
 - Vivan con usted.

Cómo afiliarse

Afiliarse es fácil. Solo siga los siguientes pasos.

Paso 1:	Revise las opciones y los costos disponibles. Asegúrese de leer toda la información que reciba por parte de Health Options Program que describa sus opciones. Para más información, también puede visitar HOPbenefits.com o llamar a la Unidad Administrativa de HOP al 1-800-773-7725. Elija la mejor opción para usted.
Paso 2:	Asegúrese de tener el formulario de afiliación correcto. La <i>solicitud para Health Options Program de PSEERS</i> se utiliza solo para la afiliación en uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• HOP Medical Plan• Value Medical Plan• Medicare Plus Rx Option• Medicare Standard Rx Option• Plan dental MetLife y EyeMed Vision Option Si quiere un formulario de afiliación o información de un plan de Medicare Advantage ofrecido a través de Health Options Program, llame a la Unidad Administrativa de HOP al 1-800-773-7725. Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, debe solicitar y presentar el formulario de afiliación correcto.
Paso 3:	Complete la solicitud de afiliación. Complete y firme la solicitud de afiliación para el plan al que quiera afiliarse dentro de un plazo de tres meses antes de la fecha de entrada en vigor deseada. No firme ni entregue su solicitud más de tres meses antes de esa fecha.
Paso 4:	Entregue su solicitud completa a la Unidad Administrativa de HOP, incluso si su elección es un plan Medicare Advantage. Todos los formularios de afiliación deben entregarse a la Unidad Administrativa de HOP, P.O. Box 1764, Lancaster, PA 17608-1764. Esto garantiza que esté afiliado al plan correcto y que recibirá la asistencia para pagar la prima, en caso de que sea elegible. No envíe ningún formulario de solicitud completo directamente a un plan Medicare Advantage.

Recursos para participantes



HOPbenefits.com

El sitio web de Health Options Program **HOPbenefits.com** incluye información, herramientas y videos para afiliados actuales y futuros. Describe las opciones de atención médica disponibles para los afiliados elegibles y no elegibles para Medicare y cubre temas como elegibilidad y asistencia para pagar la prima. Herramientas de búsqueda fáciles de usar lo ayudarán a sacarle el mayor provecho a sus beneficios, como Find a Plan (Buscar un plan), Find a Drug (Buscar un medicamento) y Find a Pharmacy (Buscar una farmacia). Una sección de Resources (Recursos) del sitio presenta muchos documentos útiles, como el *formulario integral de medicamentos recetados (Comprehensive Prescription Drug Formulary) para Medicare Plus Rx Option* y el *Comprehensive Gold5 Prescription Drug Formulary*, boletines informativos y materiales educativos para pacientes. Un Área para afiliados segura ofrece información personalizada adicional para cada afiliado que incluye una versión electrónica de su *Declaración personalizada (Personalized Statement)*. Otras funciones del sitio les permiten a los afiliados inscritos en el HOP o Value Medical Plan verificar el estado de un reclamo o solicitar una tarjeta de identificación.

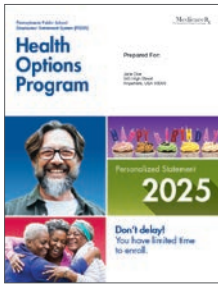


Materiales de afiliación para el periodo de selección de opciones

Cada otoño, Health Options Program envía a los afiliados un paquete de información por correo para ayudarlos a tomar decisiones de afiliación para el siguiente año. El paquete incluye una *Declaración Personalizada (Personalized Statement)* que muestra su cobertura actual y su cobertura y tarifas de primas disponibles para el próximo año. De acuerdo a lo requerido por Medicare, los afiliados inscritos en Medicare Plus o Medicare Standard Rx Option reciben la siguiente información adicional. Nota: La versión que recibe es para su plan actual. Si desea una versión diferente para comparar los beneficios, la puede solicitar de la Unidad Administrativa de HOP.

- Una *notificación anual de cambios*, que explica los cambios en la cobertura y en las primas que entrarán en vigencia el año siguiente.
- Un *formulario de medicamentos recetados abreviado*, que es una lista de los medicamentos recetados más comunes cubiertos bajo Medicare Plus y Medicare Standard Rx Options.
- Un folleto de *evidencia de cobertura*, en el que encontrará una descripción detallada de Medicare Plus y Medicare Standard Rx Options está disponible en **HOPbenefits.com**.

Recursos para participantes



Envíos a retirados que cumplen 65 años

Dos veces al año, Health Options Program envía un paquete de información para los retirados de PSERS que están por cumplir 65 años. El paquete contiene una descripción de los beneficios médicos, dentales y de la visión y de medicamentos recetados disponibles bajo Health Options Program. Además, incluye una *Declaración Personalizada* que tiene información personalizada sobre cobertura y primas.



Boletines informativos

Varias veces en el año, Health Options Program les envía a los afiliados y a otros retirados de PSERS un boletín informativo. Cada boletín contiene noticias, consejos y actualizaciones del programa. También incluye información sobre salud general y bienestar orientada a adultos mayores. Los boletines también están disponibles en línea en **HOPbenefits.com**.



Encuestas

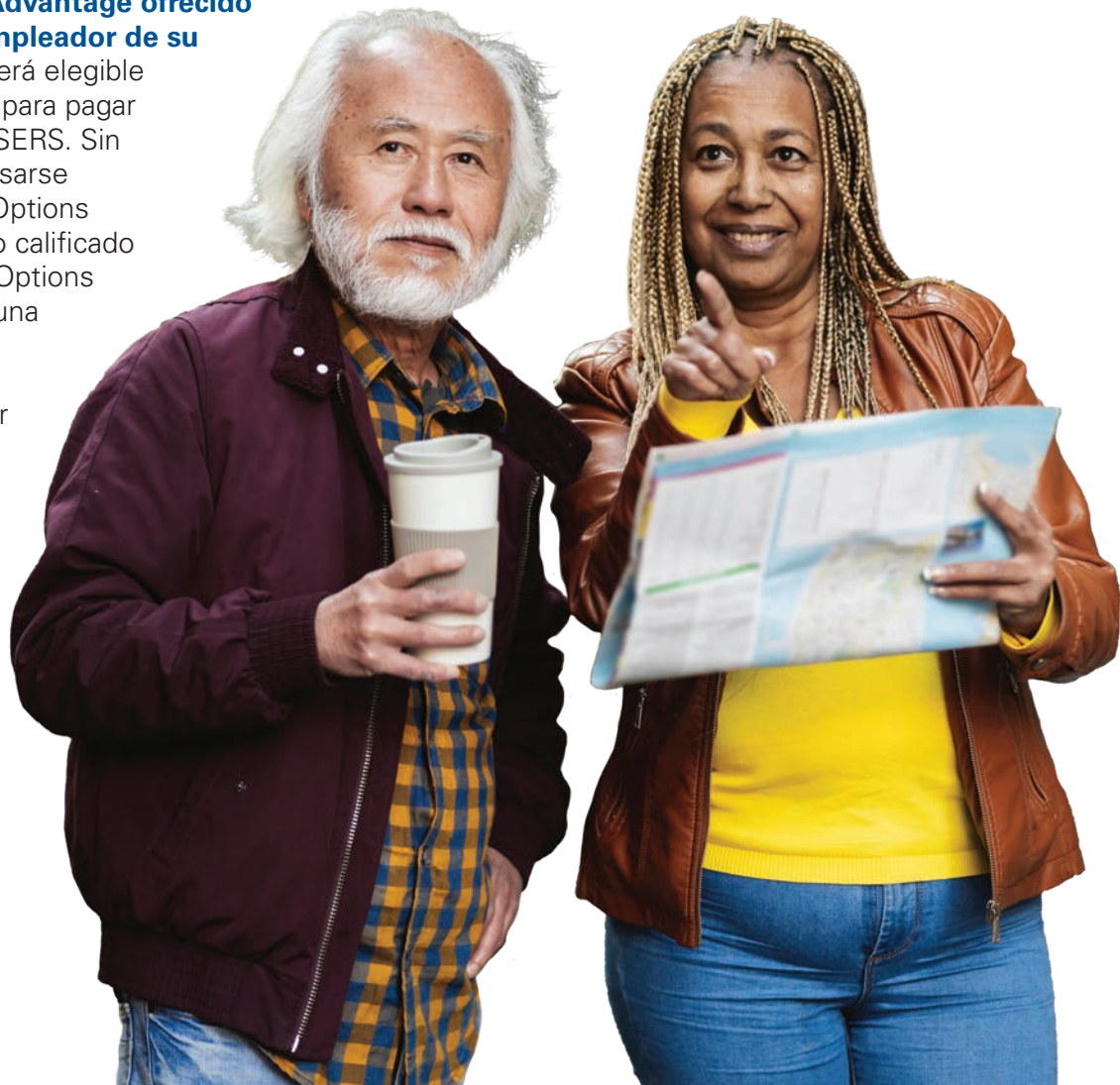
Health Options Program está interesado en saber lo que piensan los afiliados y periódicamente distribuye encuestas para saber si el programa está cumpliendo con sus necesidades de seguro y comunicación.

Para más información

Tipo de pregunta	Llame a	O haga una visita en línea
HOP Medical Plan Value Medical Plan Health Options Program en general	Unidad Administrativa de HOP 1-800-PSERS25 (1-800-773-7725) TTY: 1-800-498-5428 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, días de semana	HOPbenefits.com
Medicare Plus Rx Option Medicare Standard Rx Option	OptumRx 1-888-239-1301 TTY: 1-800-498-5428 Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana	HOPbenefits.com
Cobertura dental	MetLife 1-855-700-7997 8:00 a.m. a 11:00 AM p.m. hora del Este, días de semana	metlife.com/dental
Cobertura de la visión	EyeMed 1-855-663-7444 Lunes a sábado: 7:30 a.m. a 11:00 p.m. hora del Este Domingo: 11:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este	eyemed.com
Asistencia para pagar la prima	Oficina de asistencia para pagar la prima 1-866-483-5509 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del Este, días de semana	HOPbenefits.com
Medicare	Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) TTY: 1-877-486-2048	medicare.gov

Decisiones importantes cuando pasa a ser elegible para Medicare

- **Puede optar por abandonar Medicare Parte B.** A los 65 años o al comenzar su elegibilidad para Medicare, se lo afiliará automáticamente a Medicare Parte A y B, siempre que haya comenzado a recibir los beneficios de seguridad social para ese momento. Para Parte A no paga nada, pero, para Parte B, se le solicita el pago de una prima que se deduce de sus beneficios de seguridad social. Si opta por abandonar la Parte B la primera vez que pasa a ser elegible y quiere afiliarse más adelante, puede que tenga que esperar hasta que inicie un periodo de afiliación de Medicare y que tenga que pagar una prima más alta. Recuerde que, para participar en Health Options Program, debe estar afiliado tanto a la Parte A como a la Parte B.
- **Puede afiliarse a Medicare Parte D,** que cubre medicamentos recetados y requiere del pago de una prima adicional. Health Options Program ofrece una selección para los planes de la Parte D: Medicare Plus y Medicare Standard Rx Options y los planes de la Parte D que forman parte de los planes Medicare Advantage. Si no se afilia a un plan de la Parte D cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y no participa en un plan que se considera que ofrece cobertura acreditable, en caso de que decida afiliarse a la Parte D más adelante, pagará una prima más alta.
- **De estar disponible, puede tener la oportunidad de afiliarse a un plan complementario de Medicare o a un plan Medicare Advantage ofrecido por el distrito o el empleador de su escuela.** Si se afilia, será elegible para recibir asistencia para pagar la prima a través de PSERS. Sin embargo, no podrá pasarse de ese plan a Health Options Program sin un evento calificado (a menos que Health Options Program lleve a cabo una afiliación abierta). Un aumento en el costo del plan del empleador de su escuela no cuenta como evento calificado.





Pennsylvania Public School Employees' Retirement System (PSERS)

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: 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 1-800-773-7725. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: 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 1-800-773-7725. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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 1-800-773-7725。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 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 1-800-773-7725。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-773-7725. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: 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 1-800-773-7725. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: 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 1-800-773-7725 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-773-7725. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-773-7725 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: 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 1-800-773-7725. 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، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-773-7725. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة 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 1-800-773-7725 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-773-7725. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-800-773-7725. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: 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 1-800-773-7725. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: 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 1-800-773-7725. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 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、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、1-800-773-7725 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。