**Efectivo a partir del 1 de Abril del 2025**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * Prescription Advantage podría ofrecer cobertura primaria para medicamentos de venta con receta para residentes de Massachusetts que no son elegibles para Medicare. * Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, sus ingresos no pueden exceder los límites de ingresos de la Categoría 2 indicados en la tabla anterior. * Si usted pasa a ser elegible para Medicare, es su responsabilidad informar a Prescription Advantage. | | | | | | | | | | | | |
| **Categoría** | Ingresos si es persona soltera | | Ingresos si es persona casada | | Límite anual de gastos de bolsillo | Deducible trimestral individual | Copagos por  COMPRAS EN FARMACIA  por surtido de 30 días | | | Copagos por  COMPRAS POR CORREO por surtido de 90 días | | |
| Anual $ | Mensual $ | Anual $ | Mensual $ | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 | Nivel 1 | Nivel 2 | Nivel 3 |
| **N1** | 0 – 21,128 | 0 - 1,761 | 0 – 28,553 | 0 - 2,379 | $985 | $0 | $7 | $18 | $40 | $14 | $36 | $80 |
| **N2** | 21,129– 29,422 | 1,762 - 2,452 | 28,554 – 39,762 | 2,380 - 3,314 | $1,970 | $0 | $7 | $18 | $40 | $14 | $36 | $80 |
| **N3** | 29,423 – 35,213 | 2,453 – 2,934 | 39,763 - 47,588 | 3,315 – 3,966 | $2,740 | $65 | $12 | $30 | $50 | $24 | $60 | $100 |
| **N4** | 35,214 - 46,950 | 2,935 - 3,913 | 47,589 – 63,450 | 3,967 - 5,288 | $3,280 | $110 | $12 | $30 | $50 | $24 | $60 | $100 |
| **N5** | 46,951 – 78,250 | 3,914 – 6,521 | 63,451 – 105,750 | 5,289 – 8,813 | $4,375 | $220 | $12 | $30 | $50 | $24 | $60 | $100 |
| **N6** | 78,251 o más | 6,522 o más | 105,751 o más | 8,814 o más | $7,290 | $350 | $12 | $30 | $50 | $24 | $60 | $100 |

**Prima mensual:**

No se requiere que usted pague una prima mensual para recibir beneficios de Prescription Advantage.

**Deducibles y copagos:**

Cada trimestre, debe pagar el importe deducible (de haberlo) indicado. Una vez que haya pagado el deducible, solo paga los copagos por el resto de   
ese trimestre.

**Límite anual de gastos de bolsillo:**

Si su gasto total por deducibles y copagos alcanza el monto límite de pago, Prescription Advantage cubrirá sus copagos por el resto del año del Plan para todos los medicamentos cubiertos.

**Cómo se determina qué medicamentos están cubiertos:**

Prescription Advantage usa una lista del Plan, que es una lista de los medicamentos recetados disponibles para los afiliados. Un selecto panel de farmacéuticos elabora, revisa y actualiza la lista del Plan. Para obtener información detallada sobre sus medicamentos y si están cubiertos o no, llame a Servicio al Cliente de Prescription Advantage.

Puede hacer ahora su solicitud para Prescription Advantage en línea en [www.prescriptionadvantagema.org](http://www.prescriptionadvantagema.org/)

**Servicio al Cliente de Prescription Advantage · 1-800-243-4636 · TTY 711 ·** [**www.prescriptionadvantagema.org**](http://www.prescriptionadvantagema.org/)