



CardinalCare

Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC.

Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los beneficios del plan. **Consulte la página 6 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

En este documento, se informan los cambios en su plan. Para obtener más información sobre beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan a usted.
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura.
 - Verifique los cambios en la Lista de medicamentos para 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma están cubiertos.
 - Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si cualquiera de estos medicamentos se pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir "Ayuda adicional" de Medicare.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted para 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción con Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 4.2 en la página [Si desea cambiar de plan](#) para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución o si ahora vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.
- A partir del 1 de enero de 2025, cuando elija un plan DSNP, sus planes de Medicare y Medicaid se combinarán en un solo plan, y el plan D-SNP de Medicare que elija también será su plan Medicaid.
- Los miembros de D-SNP que reciben todos los beneficios de Medicaid, que desean elegir un plan diferente, pueden usar un período de inscripción especial o SEP, que le permitirá cambiar de plan fuera del período anual y abierto de inscripción. Puede elegir usar el SEP mensual para cambiar a un plan alineado o para cancelar su inscripción en el D-SNP y regresar a Original Medicare más un plan de la Parte D.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.
- Este documento está disponible sin cargo en chino. 本文件免費提供中文版本。
- Este documento está disponible sin cargo en tagalog. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.
- Este documento está disponible sin cargo en francés. Ce document est disponible gratuitement en français.
- Este documento está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt.
- Este documento está disponible sin cargo en alemán. Dieses Dokument ist kostenlos in deutscher Sprache erhältlich.
- Este documento está disponible sin cargo en coreano. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.
- Este documento está disponible sin cargo en ruso. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.
- Este documento está disponible sin cargo en árabe. يتوفر هذا المستند مجاناً بالعربية.
- Este documento está disponible sin cargo en hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निःशुल्क उपलब्ध है।
- Este documento está disponible sin cargo en italiano. Questo documento è disponibile gratuitamente in Italiano.
- Este documento está disponible sin cargo en portugués. Este documento está disponível gratuitamente em português.
- Este documento está disponible sin cargo en francés criollo. Dokiman sa a disponib gratis an Kreyòl Ayisyen.
- Este documento está disponible sin cargo en polaco. Ten dokument jest dostępny bezpłatnie w języku polskim.
- Este documento está disponible sin cargo en japonés. この文書は日本語で無料で入手できます。
- Este documento está disponible sin cargo en hawaiano. Loa‘a kēia palapala manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i.
- Este documento está disponible sin cargo en amárico. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.
- Este documento está disponible sin cargo en urdu. یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔
- Este documento está disponible sin cargo en farsi. این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.
- Este documento está disponible sin cargo en dari. این سند به زبان دری به صورت رایگان موجود است.
- Este documento está disponible sin cargo en pastún. دا سند په پښتو ژبه کې په وړیا توګه موجود دي.
- Este documento está disponible sin cargo en télugu. ఈ డాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.
- Este documento está disponible sin cargo en nepalí. यो कागजात नेपाली भाषामा निःशुल्क उपलब्ध छ.
- Este documento está disponible sin cargo en bengalí. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.
- Este documento está disponible sin cargo en igbo. Akwụkwọ a dị n'efu n'asụsụ Igbo.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. (Los usuarios de TTY deben llamar al [711](#)). El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad totalmente integrado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Virginia. La inscripción en Aetna Medicare Better Health depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025		6
SECCIÓN 1	Cambiaremos el nombre del plan	7
SECCIÓN 2	Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	7
Sección 2.1	Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2	Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 2.3	Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4	Cambios en los beneficios para los servicios médicos	9
Sección 2.5	Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	13
SECCIÓN 3	Cambios administrativos	15
SECCIÓN 4	Cómo decidir qué plan elegir	16
Sección 4.1	Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)	16
Sección 4.2	Si quiere cambiar de plan	16
SECCIÓN 5	Plazo para cambiar de plan	17
SECCIÓN 6	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	17
SECCIÓN 7	¿Tiene preguntas?	18
Sección 7.1	Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)	18
Sección 7.2	Cómo obtener ayuda de Medicare	19
Sección 7.3	Cómo obtener ayuda de Medicaid	19

Resumen de costos importantes para 2025

La tabla a continuación compara los costos para 2024 y 2025 de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) en varias áreas importantes.

Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Consultas en el consultorio del médico	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta
Hospitalizaciones para pacientes internados	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener más detalles).	Deducible de \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): \$0 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos cubiertos: \$0 por medicamento con receta.	Deducible de \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): \$0 por medicamento con receta. Para todos los demás medicamentos cubiertos: \$0 por medicamento con receta.
	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada. 	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).	\$8,850 Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,350 Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

SECCIÓN 1 Cambiaremos el nombre del plan

El 1 de enero de 2025, el nombre de nuestro plan cambiará de Aetna Better Health of Virginia (HMO D-SNP) a Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). El nombre nuevo del plan aparecerá en todos los documentos y las cartas de nuestro plan. Podemos enviarle una nueva tarjeta de identificación de miembro como resultado de este cambio. Si recibe una nueva tarjeta, comience a usarla a partir del 1 de enero de 2025.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted).	\$0	\$0

Sección 2.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$8,850	<p>\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitar que le enviemos un directorio por correo, que enviaremos en tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider) para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en el medio del año de nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

Sección 2.4 Cambios en los beneficios para los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios de Medicare y Medicaid.

Cambiaremos los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Beneficio	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales (adicionales)	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare): El plan paga \$3,000 por año para los servicios dentales integrales adicionales (no cubiertos por Medicare).</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: Sin cobertura • Radiografías: Copago de \$0 • Otros servicios dentales de diagnóstico: Copago de \$0 • Limpiezas: Sin cobertura • Tratamientos con flúor: Sin cobertura • Otros servicios dentales preventivos: Copago de \$0 <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: Copago de \$0 • Servicios de endodoncia: Copago de \$0 • Servicios de periodoncia: Copago de \$0 • Prostodoncia, removible: Copago de \$0 • Protésicos maxilofaciales: Copago de \$0 • Servicios de implante: Copago de \$0 • Prostodoncia, fija: Copago de \$0 • Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0 • Ortodoncia: Copago de \$0 • Servicios generales complementarios: Copago de \$0 <p>Cobertura adicional disponible a través de su beneficio de Medicaid. Consulte el programa dental en la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare): El plan paga \$3,000 por año para los servicios dentales preventivos adicionales (no cubiertos por Medicare) y los servicios dentales integrales adicionales (no cubiertos por Medicare) combinados.</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales: Sin cobertura • Radiografías: Copago de \$0 • Otros servicios dentales de diagnóstico: Copago de \$0 • Limpiezas: Sin cobertura • Tratamientos con flúor: Sin cobertura • Otros servicios dentales preventivos: Copago de \$0 <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: Copago de \$0 • Servicios de endodoncia: Copago de \$0 • Servicios de periodoncia: Copago de \$0 • Prostodoncia, removible: Copago de \$0 • Protésicos maxilofaciales: Sin cobertura • Servicios de implante: Copago de \$0 • Prostodoncia, fija: Copago de \$0 • Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0 • Ortodoncia: Copago de \$0 • Servicios generales complementarios: Copago de \$0 <p>Cobertura adicional disponible a través de su beneficio de Medicaid. Consulte el programa dental en la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>

Beneficio	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Billetera de apoyo adicional</p>	<p>Si califica para inscribirse en este plan, obtendrá una billetera de apoyo adicional en una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudarlo a pagar los gastos cotidianos. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.</p> <p>Billetera de apoyo adicional Monto del beneficio (asignación) <u>mensual</u> de \$375 para pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables, como la carne, los productos frescos, los lácteos y más. • Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. • Servicios de transporte, incluidos gasolina en la bomba, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos. • Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet • Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más • Suministros para mascotas, incluidos alimentos, juguetes y suministros de peluquería • Asistencia con el alquiler o la hipoteca <p>Asegúrese de usar la asignación completa cada mes, ya que la asignación que no se use no se transferirá al mes siguiente. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Si califica para inscribirse en este plan, obtendrá una billetera de apoyo adicional en una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudarlo a pagar los gastos cotidianos. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.</p> <p>Billetera de apoyo adicional Monto del beneficio (asignación) <u>mensual</u> de \$350 para pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables, como la carne, los productos frescos, los lácteos y más. • Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. • Servicios de transporte, incluidos gasolina en la bomba, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos. • Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet • Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más <p>Asegúrese de usar la asignación completa cada mes, ya que la asignación que no se use no se transferirá al mes siguiente. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>

Beneficio	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Anteojos: Receta (no cubiertos por Medicare)	<p>Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: El plan paga \$500 por año para anteojos recetados no cubiertos por Medicare.</p> <p>Anteojos recetados cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes de contacto: Copago de \$0 • Anteojos (lentes y monturas): Copago de \$0 • Lentes de anteojos: Copago de \$0 • Monturas de anteojos: Copago de \$0 • Mejoras (incluidos la protección UV y el revestimiento contra rayones): Copago de \$0 <p>VSP proporciona los servicios de anteojos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Nuestro plan paga \$250 por año para anteojos o lentes de contacto con receta. Debe usar la red de VSP.</p>
Audífonos	<p>Asignación máxima del beneficio para audífonos: El plan paga \$2,500 por oído para audífonos por año.</p> <p>Audífonos: Copago de \$0 por oído, por año (dos audífonos por año).</p> <p>NationsHearing proporciona los audífonos. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>El plan paga \$1,500 para audífonos más 60 baterías por año.</p> <p>Todos los audífonos deben comprarse a través de Nations Hearing.</p>
Beneficio de comidas (después del alta)	<p>Usted paga un copago de \$0 por 14 comidas en un período de 7 días después de recibir el alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o un centro de atención de enfermería especializada. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Mom's Meals proporciona las comidas.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 14 entregas de comidas a domicilio en un período de 7 días después de haber recibido el alta de un hospital para pacientes internados con enfermedades agudas.</p> <p>Mom's Meals proporciona las comidas.</p>

Beneficio	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B)	Las categorías de nuestro programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions . Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	Las categorías de nuestro programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions . Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare. <u>No</u> se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare. Puede requerirse autorización previa.

Sección 2.5

Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, o cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea, al menos de forma mensual, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará el acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos le afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y consulte con su médico para obtener información sobre sus opciones, como solicitar un suministro temporal o una excepción, o tratar de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión del medicamento genérico con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca reemplaza. Además, al agregar un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero agregar inmediatamente nuevas restricciones.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos productos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio con 30 días de antelación o que pueda obtener un suministro para un mes de su producto biológico original en una

farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, todavía obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de hacer el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener una definición de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos para los consumidores. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéuticos para obtener más información.

Cambios en los Beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso**. Le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: La Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el programa de descuento en el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

El programa de descuentos en el período sin cobertura también se sustituirá por el programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes pagan un costo total del plan para los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D y los productos biológicos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Cambios en el beneficio de la Parte D del VBID

Dado que usted reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, es elegible para los siguientes costos compartidos a través del Programa de apoyo para costos de Aetna Rx:

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte las Secciones 2.3 y 2.4 del Capítulo 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i> . La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.	Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es: Usted paga \$0 para los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es: Usted paga \$0 para los medicamentos cubiertos de la Parte D.
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).	Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Cómo obtener glucómetros y tiras reactivas OneTouch/LifeScan	Puede solicitar su glucómetro, dispositivo de punción y estuche OneTouch sin receta visitando www.OneTouch.orderpoints.com o llamando directamente a LifeScan al 877-764-5390. Necesitará proporcionar el código de pedido 123AET200 en el momento del pedido.	A partir de enero de 2025, debe obtener una receta de su proveedor para su medidor de glucosa en sangre LifeScan y otros suministros de prueba (dispositivos de punción, lancetas y tiras reactivas). Debe obtener estos suministros directamente de una farmacia de la red. Los medidores y suministros ya no estarán disponibles directamente en LifeScan.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

Sección 4.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted para 2025), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
 - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite cancelar su inscripción. Los usuarios de TTY deben

llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde **el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Dado que tiene Cardinal Care, puede finalizar su membresía en nuestro plan durante cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos los siguientes:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta separado de Medicare. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda a Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le gusta el plan que eligió, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o si ahora vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.

A partir del 1 de enero de 2025, cuando elija un plan DSNP, sus planes de Medicare y Medicaid se combinarán en un solo plan, y el plan D-SNP de Medicare que elija también será su plan Medicaid.

Los miembros de D-SNP que reciben todos los beneficios de Medicaid, que desean elegir un plan diferente, pueden usar un período de inscripción especial o SEP, que le permitirá cambiar de plan fuera del período anual y abierto de inscripción. Puede elegir usar el SEP mensual para cambiar a un plan alineado o para cancelar su inscripción en el D-SNP y regresar a Original Medicare más un plan de la Parte D.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental

independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al SHIP al número de teléfono que figura debajo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)	
Virginia	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP), dirección: Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, Virginia 23229, teléfono: 1-800-552-3402, 804-662-9333, TTY: 711 , horario de atención: De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: vda.virginia.gov/vicap.htm

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid. El nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Medicare.

Oficina de Medicaid del estado	
Virginia	Virginia Medicaid, dirección: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, teléfono: 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), TTY: 1-888-221-1590 . Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., sitio web: dmas.virginia.gov/ Las preguntas también pueden presentarse en línea en ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/ . Este es el portal de solicitudes en línea de Medicaid de Virginia. Ese sitio web también ofrece respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicaid de Virginia.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro (los usuarios de TTY deben llamar únicamente al [711](tel:711)). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la Evidencia de cobertura para 2025 (aquí se describen en detalle los beneficios para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) para 2025. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores

(Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de Star Ratings para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted para 2025)*

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted para 2025)*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Sección 7.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Cardinal Care, puede llamar a Cardinal Care (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo).

Oficina de Medicaid del estado	
Virginia	<p>Virginia Medicaid, dirección: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, teléfono: 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), TTY: 1-888-221-1590. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., sitio web: dmas.virginia.gov/</p> <p>Las preguntas también pueden presentarse en línea en ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/. Este es el portal de solicitudes en línea de Medicaid de Virginia. Ese sitio web también ofrece respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicaid de Virginia.</p>

Consulte la *Evidencia de cobertura* para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el área de servicio.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Para enviar un reclamo a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo involucra a un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona cuando presenta la queja.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-855-463-0933 (TTY: [711](tel:711)) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros tienen la opción de inscribirse para la entrega automática de pedidos por correo.

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web, o llame al número de teléfono que figura en este material o al teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, nuestro plan de salud ofrece ayudas y servicios auxiliares, gratuitos, cuando sean necesarios para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades de comunicarse de manera eficaz con nosotros. Nuestro plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su Evidencia de cobertura). También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: [711](#)). Si necesita ayuda para interponer una queja, llame al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

Cómo protegemos su privacidad

¿Qué es y qué no es la información personal?

Por “información personal”, hacemos referencia a la información que puede utilizarse para identificarle. Puede incluir información de salud y financiera. No incluye lo que el público puede ver fácilmente. Por ejemplo, cualquiera puede ver lo que cubre su plan.

Cómo obtenemos información sobre usted

Obtenemos información sobre usted de muchas fuentes, incluido usted mismo. También obtenemos información de su empleador, de otras aseguradoras o de proveedores de atención médica como los médicos.

En caso de información incorrecta

¿Cree que hay datos incorrectos o faltantes en su información personal? Puede pedirnos que lo cambiemos. La ley dice que debemos hacerlo en tiempo y forma. Si no estamos de acuerdo con su cambio, puede presentar una apelación. La información sobre cómo presentar una apelación se encuentra en nuestro sitio web para miembros. O puede llamar al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo utilizamos esta información

Cuando la ley nos lo permite, utilizamos su información personal dentro y fuera de nuestra compañía. La ley indica que no necesitamos obtener su aprobación cuando lo hacemos. Podemos utilizarla para su atención médica o para gestionar nuestros planes. También podemos utilizar su información cuando pagamos reclamaciones o trabajamos con otras aseguradoras para pagarlas. Podemos utilizarla para tomar decisiones del plan, realizar auditorías o estudiar la calidad de nuestro trabajo. Esto significa que podemos compartir su información con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otros cuidadores. También podemos compartirla con otras aseguradoras, proveedores, oficinas gubernamentales o administradores externos. Sin embargo, por ley, todas estas partes deben mantener la privacidad de su información.

Cuándo necesitamos su permiso

En ocasiones, sí necesitamos su permiso para revelar información personal. Esto se explica en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad, que entró en vigencia el 10 de octubre de 2020. Este aviso aclara cómo utilizamos o revelamos su información médica protegida (PHI):

- Por cuestiones de compensación laboral
- Según lo exija la ley
- Acerca de personas que fallecieron
- En caso de donación de órganos
- Para cumplir con nuestras obligaciones de acceso individual, así como en cumplimiento y aplicación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Para obtener una copia de este aviso, simplemente visite nuestro sitio web para miembros o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

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 1-855-463-0933. Someone who speaks English 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. سيفوم 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 1-855-463-0933 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 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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、1-855-463-0933. にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services Additional Languages

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 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Amharic: የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችንን በሚመለከት ሊኖርዎ ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ ይደውሉልን በ 1-855-463-0933 ። አማርኛ መናገር የምችል ሰው እርስዎን መርዳት ይችላል ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔ حاصل کرنے کے لیے بس ہمیں کال کریں۔ 1-855-463-0933 - کوئی جو بولتا ہے اردو آپ کی مدد کر سکتے ہیں۔

Farsi (Persian): ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید، پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، فقط با شماره 1-855-463-0933 تماس بگیرید. کسی که حرف به زبان فارسی حرف میزند میتواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

Dari: ما خدمات رایگان ترجمان داریم تا به هر سوال که شما ممکن است در مورد طرح صحت یا دوی خود داشته باشید جواب دهیم. برای دریافت ترجمان صرف با شماره 1-855-463-0933 با ما تماس بگیرید. کسی که به دری صحبت میکند، میتواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Pashto: موږ د ژباړونکي وړيا خدمتونه لرو ترڅو زموږ د روغتيا يا درملو پلان په اړه هري پوښتنې ته ځواب ووايي. د ژباړونکي ترلاسه کولو لپاره موږ ته په 1-855-463-0933 شمېرې زنگ ووهئ. هغه څوک چې په پښتو خبرې کوي کولای شي چې له تاسو سره مرسته وکړي. دا يو وړيا خدمت دی.

Telugu: మా ఆరోగ్యం మరియు ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి మాకు ఇక్కడ కాల్ చేయండి 1-855-463-0933. ఆ భాష మాట్లాడే ఎవరో ఒకరు మీకు సహాయం చేయవచ్చు. ఇది ఉచిత సేవ.

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंमा हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग नि:शुल्क अनुवाद सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न केवल हामीलाई यहाँ फोन गर्नुहोस् 1-855-463-0933। नेपाली भाषा बोल्नेले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो नि:शुल्क सेवा हो।

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য কিংবা ঔষধের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমরা বিনামূল্যে অনুবাদক পরিষেবা প্রদান করে থাকি। একজন অনুবাদক পাওয়ার জন্য কেবল 1-855-463-0933 নম্বরে ফোন করুন। বাংলা ভাষায় কথা বলে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এই পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করতে হবে না।

Igbo: Anyị nwere ọrụ onye nsụgharị n'efu ga-aza ajụjụ inwere ike inwe gbasara atụmatụ ahụike na ọgwụ anyị. Iji nweta onye nsụgharị naanị kpọọ anyị na 1-855-463-0933. Onye na-asụ Igbo ga-enyere gi aka. Nke a bụ ọrụ n'efu.



CardinalCare

Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
LLAME AL	1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	Puede visitar AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o escanear este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web.

