



Resumen de beneficios para 2024

Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)
H1610 - 003



Este es un resumen de los servicios que cubriremos desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. Recuerde: Este es solo un resumen. ¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones? Solo visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp), donde encontrará la *Evidencia de cobertura (EOC)* del plan. Puede llamarnos para solicitar una copia.

Estamos aquí para ayudar

Es posible que le surjan preguntas mientras lea esta información. Y está bien, estamos aquí para ayudar.

¿Aún no es miembro?

¿Ya es miembro?

Llame al 1-844-934-3324 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes

Un miembro del equipo de Aetna® atenderá su llamada.

Llame al 1-855-463-0933 (TTY: 711)

De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana

Un miembro del equipo de Aetna atenderá su llamada.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) debe hacer lo siguiente:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener la Parte B de Medicare.
- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes:
Todos los condados de Virginia.
- Estar en un Programa de ahorros de Medicare (MSP) o reunir los requisitos para los beneficios de Medicaid del estado. Consulte la tabla que figura a continuación para obtener más información de MSP.

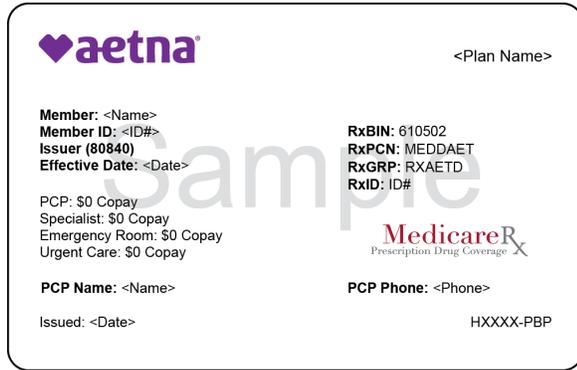
Una mejor salud es un trabajo en equipo

Con nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad o D-SNP de Medicare Advantage, tendrá un equipo de atención de su lado, listo para ayudarle a alcanzar la mejor salud posible y facilitarle la vida.

- Su **enfermero administrador de atención** es un único punto de contacto para ayudar a coordinar su atención.
- Su **trabajador social** lo pondrá en contacto con programas en su comunidad y ayudará con las preguntas que tenga sobre los servicios sociales.
- Su **coordinador de atención** ayudará a programar citas médicas, organizar traslados y trabajará con usted para satisfacer sus necesidades personales.
- Su **defensor de miembros** lo ayudará a acceder a beneficios de Medicaid del estado.

| Programa de ahorros de Medicare | Lo que cubre |
|---|--|
| Beneficiario calificado de Medicare (QMB) | Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios calificados de Medicare (QMB) también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)). |

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna® Y su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cuando visite al médico o vaya a la farmacia.



Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) es un plan D-SNP. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta.
- **Información sobre D-SNP:** Nuestro D-SNP es para personas con Medicare que también son elegibles para recibir algunos niveles de asistencia de Medicaid. Reemplaza su cobertura de Original Medicare. Seguirá teniendo Medicare, pero recibirá esto a través de nosotros en lugar del gobierno federal. Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y también proporcionamos beneficios y servicios adicionales.
- **Médico de atención primaria (PCP):** Tener un PCP es importante para ayudar a coordinar su atención. Requerimos que usted seleccione un PCP. Cuando se inscriba, le preguntaremos quién es su PCP. Si no nos lo informa, le asignaremos uno. Llámenos o inicie sesión en el portal para miembros para cambiar su PCP en cualquier momento.
- **Remisiones:** Con Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP), usted no necesita una remisión de su PCP para consultar a un especialista. Tenga en cuenta que algunos proveedores pueden requerir una recomendación o un plan de tratamiento de su médico para poder verlo.
- **Autorizaciones previas:** Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos.
- **Información de contacto:** Para obtener más información sobre algunos beneficios, consulte la tabla de referencia rápida de contactos al final de este documento.
- **Directorio de proveedores:** Consulte el directorio de proveedores en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp.

Prima del plan, deducible y monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)



| Costos que paga de su bolsillo | |
|--------------------------------|---------|
| Prima mensual | \$0 |
| Deducible del plan | \$0 |
| MOOP | \$8,850 |

Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de bolsillo.

Beneficios médicos y hospitalarios

Lo que paga depende del nivel de MSP que tenga (elegibilidad para Medicaid). Quienes sean **QMB** o **reciban todos los beneficios de Medicaid** pagarán \$0.



Cobertura hospitalaria

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|----------------------------|
| Pacientes internados | \$0 |
| Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos | \$0 |
| Hospital para pacientes externos | \$0 |
| Centro quirúrgico ambulatorio | \$0 |



Consultas al médico

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--------------|----------------------------|
| PCP | \$0 |
| Especialista | \$0 |



Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|---|
| Atención preventiva | \$0 Para obtener una lista completa de los servicios preventivos disponibles, consulte la EOC. |
| Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.) | \$0 |
| Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia (fuera de los EE. UU.) | \$0 |
| Asignación de emergencia (fuera de los EE. UU.) | Cobertura máxima: \$50,000 (lo máximo que pagaremos por su atención de emergencia y urgencia combinada en todo el mundo). |



Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio de diagnóstico y diagnóstico por imágenes

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|----------------------------|
| Procedimientos y exámenes de diagnóstico | \$0 |
| Servicios de laboratorio | \$0 |
| Servicios de radiología de diagnóstico, como MRI | \$0 |
| Radiografías para pacientes externos | \$0 |



Servicios auditivos

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--------------------------------|--|
| Examen auditivo de diagnóstico | \$0 |
| Exámenes auditivos de rutina | \$0 Recibe un examen auditivo de rutina por año con un proveedor de la red de NationsHearing. |
| Audífonos | Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de hasta \$2,500 por oído, por año. Este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing. Si el costo supera el monto de beneficios, usted paga la diferencia. |



Servicios dentales

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--------------------|--|
| Servicios dentales | \$0 para servicios preventivos, incluidos exámenes bucales, radiografías de aleta de mordida y limpiezas \$0 para servicios integrales, como empastes, extracciones y coronas \$2,000 por año para servicios dentales preventivos cubiertos y servicios dentales integrales combinados. Se proporcionan servicios dentales a través de DentaQuest. Para que los servicios estén cubiertos, debe recurrir a un proveedor de la red de DentaQuest. |



Servicios de la vista

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|---|
| Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos) | \$0 |
| Prueba de detección de glaucoma | \$0 |
| Examen de la vista de rutina | \$0 Nuestro plan cubre un examen por año cuando lo obtiene de un proveedor de la red. |
| Lentes de contacto y anteojos | Usted recibe un monto de beneficios para lentes (asignación) de hasta \$300 por año para lentes con receta cubiertos. Este beneficio se administra a través de VSP. Debe consultar a un proveedor de VSP para consultar a su monto de beneficios. Su monto de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si elige unos anteojos que cuesten más que el monto de beneficios, deberá pagar la diferencia. |



Servicios de salud mental

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|----------------------------|
| Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados | \$0 |
| Tratamiento de salud mental para pacientes externos | \$0 |
| Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos | \$0 |



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y tratamiento

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación. Nota: Los miembros deben cumplir los criterios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que la atención especializada médicamente necesaria esté cubierta.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|----------------------------------|---|
| Atención en un SNF | \$0 Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios. |
| Fisioterapia y terapia del habla | \$0 |
| Terapia ocupacional | \$0 |



Transporte en ambulancia y de rutina

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos ambulancia aérea que no sea de emergencia. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|--|
| Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta) | \$0 |
| De rutina, transporte que no sea de emergencia | \$0 Usted tiene hasta 48 viajes de ida o vuelta por año a los lugares aprobados del plan (hasta 50 millas cada viaje). Este beneficio se administra a través de ModivCare. Llame a ModivCare con al menos dos días hábiles de antelación para programar un viaje. Consejo: Asegúrese de programar un viaje tanto de ida como de vuelta de su destino. Esto se contará como dos viajes de ida o de vuelta. |



Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare solo cubre determinados medicamentos para determinadas afecciones. Estos medicamentos a menudo se le administran en el consultorio de su médico. Pueden incluir cosas como vacunas, inyecciones y nebulizadores, entre otros. También pueden incluir medicamentos que usted se administra en casa mediante equipos médicos especializados. A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|----------------------------------|----------------------------|
| Medicamentos quimioterapéuticos | \$0 |
| Otros medicamentos de la Parte B | \$0 |

Medicamentos de la Parte D de Medicare



La Parte D de Medicare cubre una amplia gama de medicamentos con receta. Pueden incluir medicamentos que usted toma por día para afecciones como presión arterial alta o diabetes.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|--|
| Deducible | \$0 |
| Cobertura inicial | \$0 para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede recibir un suministro de medicamentos para 30, 60 o 100 días. Esto incluye medicamentos de infusión en el hogar obtenidos a través de su beneficio de la Parte D. |
| Período sin cobertura | \$0 para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D |
| Cobertura en situaciones catastróficas | \$0 para todos los medicamentos cubiertos de la Parte D |

Otros beneficios cubiertos



Tarjetas de asignación

Beneficio

Tarjeta de beneficios adicionales

Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarlo a pagar gastos cotidianos. Incluirá lo siguiente:

Monto de billetera de apoyo adicional: \$240 de monto mensual de beneficios (asignación) para pagar cualquiera de los siguientes:

- Alimentos saludables, productos de venta libre (OTC), transporte, servicios públicos, productos de atención personal, suministros para mascotas, ayuda para alquiler o hipoteca

El monto mensual de beneficios estará disponible en la tarjeta el primer día de cada mes. Asegúrese de usar el monto completo de beneficios cada mes, ya que los montos que no se usen no se transferirán al siguiente mes.

Nos asociamos con NationsBenefits para brindarle este beneficio.

Para obtener más información, puede comunicarse con NationsBenefits al 1-877-204-1817 (TTY: 711) o visitar Aetna.NationsBenefits.com.

Importante: El plan no se hace responsable de la pérdida ni el robo de las tarjetas, ni tampoco de los costos asociados con pagos atrasados de servicios públicos, alquiler o hipoteca.



Medicina alternativa y complementaria (CAM)

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio

Sus costos en nuestro plan

Acupuntura

\$0 para la atención cubierta por Medicare

| | |
|---------------------------|--|
| | La cobertura de Medicare se limita a los servicios para tratar el dolor crónico en la zona lumbar. La atención de rutina con acupuntura no está cubierta. |
| Atención de quiropráctica | \$0 para la atención cubierta por Medicare La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Esto es cuando uno o más de los huesos en la columna se mueven fuera de lugar. La atención quiropráctica de rutina no está cubierta. |



Suministros para la diabetes

Cubrimos los glucómetros y las tiras reactivas para la diabetes de **OneTouch®/LifeScan.**

Recuerde: No cubrimos otras marcas a menos que obtenga nuestra aprobación primero.

Es posible que su médico necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|------------------------------|----------------------------|
| Suministros para la diabetes | \$0 |



Programa de acondicionamiento físico

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--------------------------|---|
| Acondicionamiento físico | \$0 Es elegible para recibir una membresía básica en los centros participantes de SilverSneakers. Si prefiere ejercitarse en casa, también puede acceder a clases en línea o recibir los kits de acondicionamiento físico para el hogar. Esta membresía también incluye clases y talleres dictados por instructores capacitados en acondicionamiento físico para personas mayores, videos para ejercitarse, una aplicación móvil y consejos de nutrición para el acondicionamiento físico en línea. También, tendrá acceso a clases de enriquecimiento en línea para ayudar a su salud y bienestar, así como su acondicionamiento físico mental. |



Atención de los pies (servicios de podiatría)

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|------------------------------------|--|
| Exámenes y tratamiento de los pies | \$0 para la atención cubierta por Medicare y de rutina Para los servicios de rutina, cubrimos hasta tres consultas por año. |



Atención y apoyo a domicilio

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|---|
| Atención médica a domicilio | \$0 |
| Comidas | \$0 Nuestro plan cubre hasta 14 comidas en un período de 7 días después de haber recibido el alta de un hospital para pacientes internados con enfermedades agudas, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o un centro de atención de enfermería especializada. Al recibir el alta, se comunicarán con usted por parte de Mom's Meals para programar las entregas. |
| Sistema personal de respuesta ante emergencias | \$0 Nuestro plan cubre un sistema personal de respuesta ante emergencias de LifeStation para brindarle acceso a asistencia durante las 24 horas, los 7 días de la semana en caso de una emergencia. |



Equipos y suministros médicos

A menudo, su médico necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|--|--|
| Equipo médico duradero (DME), como máquinas de CPAP*, sillas de ruedas y oxígeno | \$0 |
| Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales | \$0 |
| Prevención de caídas | Hasta \$150 por año para determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño clínicamente apropiados que pueden mejorar su capacidad para desplazarse por su hogar. |

*CPAP significa “presión positiva continua en las vías respiratorias”.



Abuso de sustancias

Es posible que su médico necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|---|----------------------------|
| Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes externos | \$0 |



Línea de enfermería durante las 24 horas

Hable con un enfermero certificado en cualquier momento del día o de la noche.

| Beneficio | Sus costos en nuestro plan |
|---------------------|----------------------------|
| Línea de enfermería | \$0 |

Referencia rápida de contactos

| Nombre del contacto | Número de teléfono (TTY: 711) | Sitio web |
|---|--|---|
| Aetna: Antes de inscribirse | 1-844-934-3324 | AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp |
| Aetna: Después de inscribirse | Departamento de Servicios para Miembros: 1-855-463-0933 | AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp |
| Su agente/corredor (utilice este espacio para anotar el número de teléfono de su agente/corredor) | | |
| Encontrar un médico, un hospital o una farmacia de la red | 1-855-463-0933 | AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider |
| Línea de enfermería durante las 24 horas | 1-855-463-0933 | Comuníquese por teléfono |
| DentaQuest (atención dental) | 1-855-463-0933 (TTY:711) | dentaquest.com/state-plans/regions/virginia/member-page/find-a-dentist/ |
| LifeStation® | 1-855-798-9948 | Comuníquese por teléfono |
| ModivCare (transporte) | 1-844-452-9375 (TTY: 711) | mymodivcare.com |
| Nations (tarjeta de beneficios adicionales) | 1-877-204-1817 (TTY: 711) | Aetna.NationsBenefits.com |
| NationsHearing | 1-877-225-0137 (TTY: 711 para personas con problemas auditivos y del habla) | Aetna.NationsBenefits.com/Hearing |
| OneTouch/LifeScan | 1-877-764-5390 Código de folleto: 123AET200 | OneTouch.orderpoints.com |
| SilverSneakers | 1-888-423-4632 (TTY/TDD: 711) | SilverSneakers.com |
| VSP (atención de la vista) | 1-855-463-0933 | vsp.com/eye-doctor |

Aetna, CVS Pharmacy® y MinuteClinic, LLC (que opera o proporciona determinados servicios de apoyo de administración a puestos de asistencia médica básica de MinuteClinic) forman parte de la familia de compañías de CVS Health.

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

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 de los planes 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.

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) 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.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que figura 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo implica un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona cuando presentar su queja.

© 2023 Aetna Inc.

Y0001_H1610_003_DS19_SB24_SP_M

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **1-844-934-3324 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local.

Comprender los beneficios

- La *Evidencia de cobertura* (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y de los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp) o llame al **1-844-934-3324 (TTY: 711)** para ver una copia de la EOC.
- Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.
- Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprender las normas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera dar de baja su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes. La prima de la Parte B está cubierta para los miembros con doble elegibilidad completa.
- Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad para inscribirse dependerá de la verificación de si tiene derecho a recibir asistencia médica y de Medicare de un plan estatal conforme a Medicaid.

©2023 Aetna Inc.
Y0001_NR_35095_2024_C

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. Para conseguir un intérprete, llámenos al 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, 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 panggagamot. 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 Arzneimittelplan. 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. 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 1-855-463-0933 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 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 1-855-463-0933. 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 者が支援いたします。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)

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

Además, nuestro plan de salud proporciona servicios y ayudas auxiliares, sin costo y cuando sea necesario, para asegurar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva. Nuestro plan de salud también proporciona servicios de asistencia lingüística, sin costo, para las personas que tengan un dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que aparece en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su *Evidencia de cobertura*). También puede presentar una queja por teléfono llamando al Servicio al Cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar 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 Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

傳統漢語(中文) **(CHINESE):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。