



Resumen de beneficios para 2025

Estamos aquí para ayudarle

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

¿Aún no es miembro?

Llame al 1-833-859-6031 (TTY: [711](tel: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

¿Ya es miembro?

Llame al 1-866-409-1221 (TTY: [711](tel: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.

Tenga en cuenta

Este es un resumen de los servicios que cubriremos desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones?

Solo visite

[AetnaMedicare.com/H4523-030](https://www.aetnamedicare.com/H4523-030),

donde encontrará la *Evidencia de cobertura* (EOC) del plan. Puede llamarnos para solicitar una copia.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en Aetna Medicare Dual Preferred (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 condados:
Texas: Collin, Dallas, Denton, Tarrant
- 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 las categorías de elegibilidad.

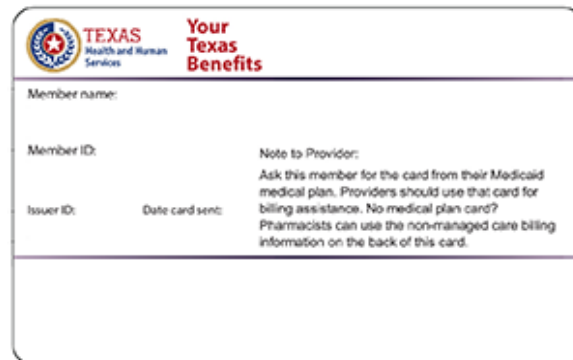
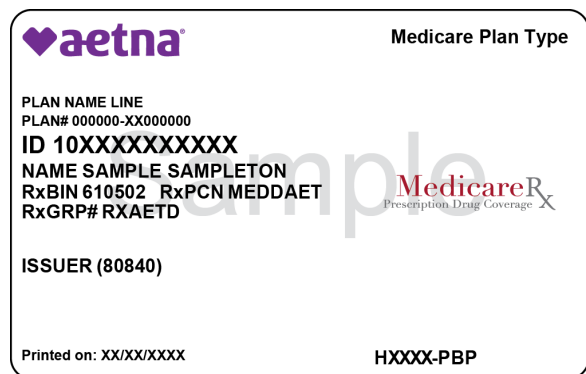
Una mejor salud es un trabajo en equipo

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 con el proveedor, 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+)).
Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB Plus)	Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Además, es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid de su programa estatal de Medicaid.
Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB Plus)	Medicaid puede cubrir una parte de las primas y el costo compartido de Medicare para recibir servicios médicos, según el programa de Medicaid de su estado. Es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.

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



Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Dual Preferred (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.
- **Proveedor 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 Dual Preferred (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 proveedor para poder verlo.
- **Autorizaciones previas:** Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos.
- **Recursos útiles:** Para encontrar directorios de proveedores, farmacias de la red y otra información del plan, visite [AetnaMedicare.com/H4523-030](https://www.aetnamedicare.com/H4523-030). La tabla de referencia rápida de contactos contiene números de teléfono y sitios web importantes al final de este documento. Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Consúltelo en línea en [medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

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



Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual del plan	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	La prima de la Parte B se reducirá en \$1.
Deducible del plan	\$0
MOOP	\$9,350
	Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de bolsillo.

Beneficios médicos y hospitalarios

Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un **monto de copago de \$0**.



Cobertura hospitalaria

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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	Copago de \$0
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$0
Hospital para pacientes externos	Copago de \$0
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$0

**Consultas con el proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
PCP	Copago de \$0
Especialista	Copago de \$0

**Atención preventiva, de emergencia y de urgencia**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Atención preventiva	Copago de \$0 Para obtener una lista completa de servicios preventivos disponibles, consulte la EOC.
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de \$0
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$0

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

A menudo, su proveedor 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	Copago de \$0
Servicios de laboratorio	Copago de \$0
Servicios de radiología de diagnóstico, como resonancias magnéticas (MRI)	Copago de \$0
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0



Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de \$0
Exámenes auditivos de rutina	Copago de \$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 \$1,500 por oído. Si el costo supera el monto de beneficios, usted paga la diferencia. Este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing.



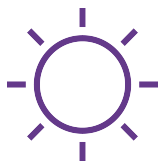
Servicios dentales

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios dentales	<p data-bbox="716 1134 1240 1167">Copago de \$0 para servicios cubiertos</p> <p data-bbox="716 1182 1472 1308">Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,000 para servicios cubiertos. Usted es responsable de cualquier costo que exceda este monto.</p> <p data-bbox="716 1360 1455 1423">Los servicios cubiertos incluyen exámenes bucales, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones y más.</p> <p data-bbox="716 1476 1472 1602">Este beneficio utiliza la red dental de Aetna Dental PPO, que es diferente a su red médica. Si elige atenderse con un proveedor fuera de la red de Aetna Dental PPO, sus servicios no estarán cubiertos.</p> <p data-bbox="716 1633 1472 1726">Nota: Los implantes no están cubiertos. Consulte la EOC para obtener más detalles sobre las exclusiones y limitaciones.</p>



Servicios de la vista

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$0
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0
Examen de la vista de rutina	Copago de \$0 Nuestro plan cubre un examen por año con un proveedor de la red.
Lentes de contacto y anteojos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$275 para anteojos con receta cubiertos. Solo puede usar este monto de beneficios en un proveedor de EyeMed. Su monto de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si la compra de anteojos es superior a su monto de beneficios, deberá pagar la diferencia.



Servicios de salud mental

A menudo, su proveedor 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	Copago de \$0
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	Copago de \$0
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	Copago de \$0



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y tratamiento

A menudo, su proveedor 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	Copago de \$0
	Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$0
Terapia ocupacional	Copago de \$0



Transporte en ambulancia y de rutina

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos una 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)	Copago de \$0
De rutina, transporte que no sea de emergencia	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted tiene hasta 24 viajes de ida o vuelta por año a los lugares aprobados del plan (hasta 100 millas cada viaje). Los ejemplos de lugares aprobados por el plan incluyen consultorios médicos y centros de atención de urgencia. Nos hemos unido a SafeRide para brindar este beneficio.</p>



Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare solo cubre una cantidad limitada de medicamentos bajo ciertas condiciones. Estos medicamentos a menudo se le administran en el consultorio de su proveedor. 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 proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Medicamentos quimioterapéuticos	Copago de \$0
Insulina de la Parte B	Copago de \$0
Otros medicamentos de la Parte B	Copago de \$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.

Algunos medicamentos requieren **autorización previa**. Esto significa que debe recibir nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Sus costos en nuestro plan para los medicamentos cubiertos de la Parte D

Deducible	\$0
Cobertura inicial	\$0 Puede obtener 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.
Cobertura en situaciones catastróficas	\$0

Otros beneficios cubiertos



Medicina alternativa

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Acupuntura	<p>Copago de \$0 para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare.</p> <p>La cobertura de Medicare se limita a los servicios para tratar el dolor crónico en la zona lumbar. Los servicios de acupuntura no cubiertos por Medicare no están cubiertos.</p>
Servicios de quiropráctica	<p>Copago de \$0 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare</p> <p>La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Los servicios de quiropráctica no cubiertos por Medicare no están cubiertos.</p>



Suministros para la diabetes

Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas **OneTouch®/LifeScan** como nuestros suministros para diabéticos preferidos.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para la diabetes	Copago de \$0



Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía anual de acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted recibe una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante de SilverSneakers®. Si prefiere ejercitarse en casa, puede pedir un kit de acondicionamiento físico para el hogar, por año, a través de SilverSneakers. Si no vive cerca de un centro participante, las clases de acondicionamiento físico en línea están disponibles sin costo adicional.</p>



Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamiento de los pies	<p>Copago de \$0 para consultas de podiatría cubiertas y no cubiertas por Medicare.</p> <p>Para los servicios no cubiertos por Medicare, cubrimos hasta doce consultas por año.</p>



Atención y apoyo a domicilio

A menudo, su proveedor 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	Copago de \$0
Beneficio de comidas (después del alta)	<p>Copago de \$0 para comidas</p> <p>Después de que haya recibido el alta de un hospital para pacientes internados con enfermedades agudas, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o una estadía en un centro de atención de enfermería especializada, es elegible para recibir hasta 14 comidas recién preparadas para un período de 7 días. Estas comidas se proporcionan para ayudar a respaldar su recuperación o administrar sus afecciones de salud.</p> <p>Hemos unido a NationsMarket™ para proporcionar este beneficio.</p>



Equipo y suministros médicos

A menudo, su proveedor 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 sillas de ruedas, muletas, equipos de oxígeno y glucómetros de monitoreo continuo (CGM)	Copago de \$0
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Copago de \$0
Prevención de caídas	Usted recibirá un monto anual de beneficios (asignación) de \$150 para comprar determinados productos aprobados de seguridad para el hogar y el baño.



Servicios para trastornos por abuso de sustancias

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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes externos	Copago de \$0



Línea de enfermería durante las 24 horas

Puede hablar con un enfermero certificado en cualquier momento para analizar preguntas relacionadas con la salud.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Línea de enfermería durante las 24 horas	Copago de \$0

Programa de Asistencia de Aetna (AAP)

Calificación para elegibilidad:

Los miembros que reúnen los requisitos para la inscripción en este plan pueden ser elegibles para recibir los beneficios adicionales enumerados a continuación.

\$0 Por medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por Medicare

Usted pagará \$0 por los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos a través del Programa de apoyo con los costos de recetas de Aetna durante todas las etapas de cobertura cuando use una farmacia dentro de la red.

Billetera de apoyo adicional

Usted recibe un monto mensual de beneficios (asignación) de \$130 en una **tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare**.

Puede usar su Billetera de apoyo adicional para ayudar a pagar determinados alimentos saludables, productos de salud y bienestar de venta libre (OTC), transporte, servicios públicos y productos de atención personal.

Beneficios complementarios especiales

Programa Aetna High Value Provider Incentive (HVPIP)

Calificaciones para elegibilidad:

Un proveedor de atención primaria (PCP) de alto valor puede ofrecer un enfoque integral para la gestión de su atención. Es elegible para recibir beneficios complementarios adicionales que se muestran a continuación si elige un PCP que reúna los requisitos. Para obtener más información sobre el programa y cómo reunir los requisitos, consulte la EOC.

Si reúne los requisitos, recibe lo siguiente:

- **Bono de billetera de apoyo adicional:**
 - Monto de \$30 adicional de beneficios (asignación) mensual añadido a su billetera de apoyo adicional

Referencia rápida de contactos

Aetna: Antes de inscribirse 1-833-859-6031 (TTY: [711](tel:711)) [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com)

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna 1-866-409-1221 (TTY: [711](tel:711)) [AetnaMedicare.com/H4523-030](https://www.aetna.com/H4523-030)

Servicios dentales	Aetna	1-866-409-1221 (TTY: 711) AetnaMedicare.com/dental
Anteojos	EyeMed	1-844-486-3485 (TTY: 711) AetnaMedicareVision.com
Audífonos	NationsHearing	1-877-225-0137 (TTY: 711) Aetna.NationsBenefits.com/Hearing
Línea directa de enfermería	Línea de enfermería durante las 24 horas	1-855-493-7019 (TTY: 711)
SilverSneakers	SilverSneakers	1-855-627-3795 (TTY: 711) SilverSneakers.com
Transporte	SafeRide	1-888-617-0438 (TTY: 711)

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.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red.

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 1-866-409-1221 (TTY: [711](#)) de 8:00 a. m. a 8:00 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. ©2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La elegibilidad para los programas de modelo de beneficios o recompensa e incentivos (RI) según el modelo de diseño de seguros basado en valores (VBID) no está garantizada y será determinada por Aetna luego de la inscripción, en función de criterios relevantes (p. ej., diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de control de enfermedades estatal).

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 involucra a un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona al presentar su queja.

© 2024 Aetna Inc.

Y0001_H4523_030_NU67_SB2025_SP_M

20240911

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 **1-833-859-6031 (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 [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com) o llame al **1-833-859-6031 (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 2026.
- 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.

©2024 Aetna Inc.

Y0001_NR_3667414_2025_SP_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. To get an interpreter, just call us at 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221。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 1-866-409-1221。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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-409-1221. 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 à l'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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、1-866-409-1221. 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 1-866-409-1221. 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 número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: [711](#)). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicio de Atención 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。