



Resumen de beneficios para 2024

Aetna Medicare Eagle (PPO)
H5521 - 286



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 [AetnaMedicare.com/H5521-286](https://www.aetnamedicare.com/H5521-286), 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 1-833-859-6031 (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 1-833-570-6670 (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 Eagle (PPO), 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:
Illinois: Boone, Bureau, Carroll, Cook, DeKalb, DuPage, Grundy, Hancock, Henderson, Henry, Jo Daviess, Kane, Kankakee, Kendall, Lake, Lee, McHenry, Mercer, Ogle, Rock Island, Stephenson, Warren, Whiteside, Will, Winnebago.

Indiana: Adams, Allen, Bartholomew, Benton, Blackford, Boone, Brown, Carroll, Cass, Clark, Clay, Clinton, Crawford, Daviess, De Kalb, Dearborn, Decatur, Delaware, Dubois, Elkhart, Fayette, Floyd, Fountain, Franklin, Fulton, Gibson, Grant, Greene, Hamilton, Hancock, Harrison, Hendricks, Henry, Howard, Huntington, Jackson, Jasper, Jay, Jefferson, Jennings, Johnson, Knox, Kosciusko, La Porte, Lagrange, Lake, Lawrence, Madison, Marion, Marshall, Martin, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Newton, Noble, Ohio, Orange, Owen, Parke, Perry, Pike, Porter, Posey, Pulaski, Putnam, Randolph, Ripley, Rush, Scott, Shelby, Spencer, St. Joseph, Starke, Steuben, Sullivan, Switzerland, Tippecanoe, Tipton, Union, Vanderburgh, Vermillion, Vigo, Wabash, Warren, Warrick, Washington, Wayne, Wells, White, Whitley.

Michigan: Alcona, Alger, Allegan, Alpena, Antrim, Arenac, Baraga, Bay, Benzie, Berrien, Branch, Calhoun, Cass, Charlevoix, Cheboygan, Chippewa, Clare, Clinton, Crawford, Delta, Dickinson, Eaton, Emmet, Genesee, Gladwin, Grand Traverse, Gratiot, Hillsdale, Houghton, Huron, Ingham, Iosco, Iron, Isabella, Jackson, Kalamazoo, Kalkaska, Kent, Keweenaw, Lake, Lapeer, Leelanau, Lenawee, Livingston, Luce, Mackinac, Macomb, Manistee, Marquette, Menominee, Midland, Missaukee, Monroe, Montcalm, Montmorency, Muskegon, Newaygo, Oakland, Oceana, Ogemaw, Ontonagon, Oscoda, Otsego, Ottawa, Presque Isle, Roscommon, Saginaw, Sanilac, Schoolcraft, Shiawassee, St. Clair, St. Joseph, Tuscola, Washtenaw, Wayne, Wexford.

Wisconsin: Brown, Columbia, Dane, Florence, Forest, Green, Green Lake, Iowa, Kenosha, Kewaunee, La Crosse, Lafayette, Langlade, Manitowoc, Marinette, Marquette, Milwaukee, Monroe, Oconto, Outagamie, Ozaukee, Portage, Racine, Rock, Shawano, Sheboygan, Vernon, Walworth, Washington, Waukesha, Waushara, Winnebago.

Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Eagle (PPO) es un plan PPO. Este es un plan Medicare Advantage que no cubre medicamentos con receta. Puede consultar a proveedores dentro y fuera de la red. Por lo general, pagará más por la atención fuera de la red.
- **Médico de atención primaria (PCP):** Usted tiene la posibilidad de elegir un PCP. Recomendamos elegir un PCP porque cuando sabemos quién es su médico, podemos respaldar

aún mejor su atención médica.

- **Remisiones:** Aetna Medicare Eagle (PPO) no requiere 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.
- **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 [AetnaMedicare.com/H5521-286](https://www.aetnamedicare.com/H5521-286).

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



Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual	<p>\$0</p> <p>Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p> <p>Con este plan, la prima mensual que usted paga a la Administración del Seguro Social (SSA) se reduce en \$70.</p>
Deducible del plan	\$0
MOOP	<p>\$4,390 para servicios dentro de la red</p> <p>\$8,000 para servicios dentro y fuera de la red combinados</p> <p>Una vez que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo, nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Su prima no se tiene en cuenta para su MOOP.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	\$260 por día, para los días 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90; \$0 por días adicionales	50% por estadía
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	\$350 por estadía	50% por estadía
Hospital para pacientes externos	De \$35 a \$350 \$35 para los servicios hospitalarios para pacientes externos que no sean cirugía \$350 por cada cirugía hospitalaria para pacientes externos	50%
Centro quirúrgico ambulatorio	\$350	50%



Consultas al médico

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
PCP	\$0	\$25
Especialista	\$30	\$55



Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención preventiva	\$0	Del 0% al 50% 0% para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19 50% para todos los demás servicios preventivos cubiertos por Medicare
Para obtener una lista completa de servicios preventivos disponibles, consulte la EOC. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado.		
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	\$100 para atención de emergencia \$45 para atención de urgencia	\$100 para atención de emergencia \$45 para atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia (fuera de los EE. UU.)	\$100 para atención de emergencia \$100 para atención de urgencia \$290 para ambulancia	\$100 para atención de emergencia \$100 para atención de urgencia \$290 para ambulancia



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	\$75	50%
Servicios de laboratorio	\$0	\$30
Servicios de radiología de diagnóstico, como MRI	\$250	50%
Radiografías para pacientes externos	\$20	50%



Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen auditivo de diagnóstico	\$30	\$55
Exámenes auditivos de rutina	\$0	\$55 Recibe un examen auditivo de rutina por año. Puede consultar a un proveedor de la red de NationsHearing o un proveedor fuera de la red.
Audífonos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) hasta un monto máximo de \$1,500 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.	Sin cobertura



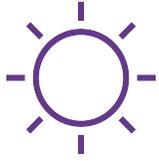
Servicios dentales

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Servicios dentales	<p>\$0 para servicios preventivos, incluidos exámenes bucales, radiografías de aleta de mordida y limpiezas</p> <p>\$0 para servicios integrales, como empastes, extracciones, coronas, tratamientos de conducto, dentaduras postizas e implantes</p> <p>Monto anual de beneficios (asignación) de \$3,500. Este es el monto total que se pagará por los servicios preventivos e integrales cubiertos combinados. Usted es responsable de cualquier costo que exceda este monto. Este beneficio utiliza la red dental de Aetna Dental PPO, que es diferente a su red médica. Puede consultar a un proveedor dentro o fuera de la red de Aetna Dental PPO. Sin embargo, los proveedores dentro de la red aceptan facturarnos directamente a nosotros, por lo que no tendrá que pagar al proveedor y luego presentar una solicitud de reembolso; además, puede ahorrar dinero. Para encontrar un proveedor y obtener más información sobre este beneficio, visite AetnaMedicare.com/H5521-286</p>	<p>\$0 para servicios preventivos, incluidos exámenes bucales, radiografías de aleta de mordida y limpiezas</p> <p>\$0 para servicios integrales, como empastes, extracciones, coronas, tratamientos de conducto, dentaduras postizas e implantes</p>



Servicios de la vista

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	De \$0 a \$30 \$0 para exámenes de la vista para diabéticos \$30 para todos los demás exámenes de la vista cubiertos por Medicare	\$55
Prueba de detección de glaucoma	\$0	50%
Examen de la vista de rutina	\$0 Nuestro plan cubre un examen por año.	\$55
Lentes de contacto y anteojos	Usted recibe un monto de beneficios para lentes (asignación) de hasta \$325 por año para lentes con receta cubiertos. Este beneficio para lentes se establece como reembolso anual de miembro directo (DMR). Puede usar su monto de beneficios en cualquier proveedor de la vista autorizado en los EE. UU. Sin embargo, si consulta a un proveedor de EyeMed, pueden proporcionarle un descuento y aplicar automáticamente su monto de beneficios, por lo que no tendrá que pedir un reembolso. Si consulta a un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar en el momento del servicio y, a continuación, pedir el reembolso.	



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	\$260 por día, para los días 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90	50% por estadía
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	\$30	50%
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	\$40	50%



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y terapia

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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención en un SNF	\$0 por día, para los días 1 al 20; \$184 por día, para los días 21 al 100	45% por estadía
	Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.	
Fisioterapia y terapia del habla	\$30	50%
Terapia ocupacional	\$30	50%



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta)	\$290 para servicios de ambulancia terrestre \$320 para servicios de ambulancia aérea	\$290 para servicios de ambulancia terrestre \$320 para servicios de ambulancia aérea
De rutina, transporte que no sea de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Medicamentos quimioterapéuticos	Del 0% al 20% El costo compartido mínimo garantiza que el costo compartido para miembros no supere el coseguro ajustado de Medicare para los medicamentos reembolsables de la Parte B.	50%
Otros medicamentos de la Parte B	Del 0% al 20% El costo compartido mínimo garantiza que el costo compartido para miembros no supere el coseguro ajustado de Medicare para los medicamentos reembolsables de la Parte B.	50%

Otros beneficios cubiertos



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Acupuntura	\$30 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.	\$55 para la atención cubierta por Medicare
Atención de quiropráctica	\$20 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.	50% para la atención cubierta por Medicare



Suministros para la diabetes

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

Recuerde: Pagaré más por otras marcas.

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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Suministros para la diabetes	Del 0% al 20% 0% para suministros OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción. 20% para suministros que no sean OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción (puede requerir autorización previa).	Del 0% al 20% 0% para suministros OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción. 20% para suministros que no sean OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción (puede requerir autorización previa).



Programa de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Acondicionamiento físico y de la memoria	<p data-bbox="456 426 500 457">\$0</p> <p data-bbox="456 493 1479 793">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.</p> <p data-bbox="456 829 1469 1031">Además, tendrá acceso a BrainHQ, un programa de acondicionamiento físico en línea. Contiene ejercicios y evaluaciones cerebrales, así como una biblioteca de información sobre actividades que contribuyen a la salud cerebral. Puede iniciar sesión y usar BrainHQ desde su computadora, tableta o teléfono inteligente (o en los tres) conectados a Internet en un programa que funcione mejor para usted.</p>



Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Exámenes y tratamiento de los pies	\$30 para la atención cubierta por Medicare	\$55 para la atención cubierta por Medicare



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención médica a domicilio	\$0	50%
Comidas	\$0	
	<p>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. Tras recibir el alta, NationsMarket® se pondrá en contacto con usted para programar la entrega.</p>	



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Equipo médico duradero (DME), como máquinas de CPAP*, sillas de ruedas y oxígeno	20%	25%
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	20%	50%

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



Beneficio de venta libre (OTC)

Usted recibirá un monto de beneficios (asignación) de \$120 cada trimestre para comprar productos de salud y bienestar aprobados de venta libre (OTC), como suministros de primeros auxilios, medicamentos para el resfrío y las alergias, analgésicos, pruebas de COVID-19 y más. El monto de beneficios de \$120 está disponible el primer día de cada trimestre calendario. Los trimestres calendario comienzan en enero, abril, julio y octubre. Asegúrese de usar el monto completo de beneficios cada trimestre calendario, ya que los montos que no se usen no se transferirán al siguiente trimestre calendario.

Nos hemos asociado con OTC Health Solutions (OTCHS) para brindar este beneficio. El monto de beneficios no está conectado a una tarjeta de pago o de débito. Usted usará la identificación de miembro de Aetna Medicare Eagle (PPO) para confirmar que reúne los requisitos para recibir los beneficios, verificar el monto de beneficios disponible y realizar compras. Puede comprar productos aprobados en línea, por teléfono o en las tiendas CVS. Para obtener más información, consulte el catálogo de OTCHS en AetnaMedicare.com/H5521-286.

Beneficio	
OTC	\$120 por trimestre
Kits de OTC	\$0
	Se le enviará un kit de productos de OTC preseleccionados por única vez. No es necesario que pida el kit, se le enviará por correo directamente.



Resources For Living®

Beneficio	
Resources For Living	Resources For Living lo ayuda a conectarse con recursos en su comunidad, como viviendas para personas mayores, atención diurna para adultos, subsidios para comidas, actividades en la comunidad y más.



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes externos	\$75	50%



Beneficio de visitante o por viaje

Las normas del plan siguen aplicándose. Se requieren **autorizaciones previas** para determinados servicios.

Beneficio

Programa de visitante o por viaje:
Explorer

Le permite permanecer en el plan por hasta 12 meses cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan.

Puede realizar una consulta con un proveedor participante de Aetna Medicare en cualquier lugar de los Estados Unidos que acepte a los miembros de PPO y pagar el costo compartido dentro de la red. No todos los proveedores participan en una red multiestatal. También puede consultar a un proveedor no participante y pagar el costo de la consulta fuera de la red. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en el área a la que viaja.



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	1-833-859-6031	AetnaMedicare.com
Aetna: Después de inscribirse	Departamento de Servicios para Miembros: 1-833-570-6670	AetnaMedicare.com/H5521-286
Su agente/corredor (utilice este espacio para anotar el número de teléfono de su agente/corredor)		
Encontrar un médico o un hospital de la red	1-833-570-6670	AetnaMedicare.com/findprovider
Línea de enfermería durante las 24 horas	1-855-493-7019	Comuníquese por teléfono
Aetna (atención dental)	1-833-570-6670	AetnaMedicare.com/dental
BrainHQ (acondicionamiento de la memoria)	1-888-845-0565 (TTY: 711)	Aetna.BrainHQ.com
EyeMed (atención de la vista)	1-844-486-3485 (TTY: 711)	AetnaMedicareVision.com
NationsHearing	1-877-225-0137 (TTY: 711 para las personas con problemas de audición y del habla)	Aetna.NationsBenefits.com/Hearing
OneTouch/LifeScan	1-877-764-5390 Código de folleto: 123AET200	OneTouch.orderpoints.com
Beneficio de venta libre (OTC)	1-833-331-1573 (TTY: 711)	cvs.com/otchs/myorder
SilverSneakers	1-888-423-4632 (TTY/TDD: 711)	SilverSneakers.com

Aetna, CVS Pharmacy® y MinuteClinic, LLC (que opera o brinda 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.

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.

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

Resources For Living es la marca que se utiliza para los productos y servicios ofrecidos a través del grupo de compañías subsidiarias de Aetna.

© 2023 Aetna Inc.

Y0001_H5521_286_PA11_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 **1-833-859-6031 (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.

Cómo 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.

Cómo 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.
- Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos, este debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670。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 1-833-570-6670。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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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、1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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。