



Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)
ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Identificación del contrato: H3204-013-005

Aviso anual de cambios para 2024



(505) 923-7675
1-855-465-7737
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche
los siete días de la semana

Del 1° de abril al 30° de septiembre:
De las 8:00 de la mañana a las 8:00 de la noche,
de lunes a viernes



info@phs.org

www.phs.org/Medicare

¡Gracias por darle a Presbyterian Dual Plus la oportunidad de ser su compañero para una vida sana! Este documento resume los cambios que puede esperar en el año del plan 2024. Además, queremos estar seguros de que tenga acceso a la información importante como la Guía Proveedores de Atención Médica, la lista de medicamentos cubiertos [*formulary*] y la Evidencia de Cobertura [EOC por sus siglas en inglés] de su plan de seguro médico. A continuación están los detalles para encontrar las listas actualizadas de los proveedores de atención médica, las farmacias y los medicamentos recetados cubiertos de la red, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Visite www.phs.org/Medicare y seleccione, “*For Members*” [para los asegurados] para conseguir información sobre cómo obtener acceso a su:

- **Guía de Proveedores de Atención Médica y Farmacias**

La Guía Proveedores de Atención Médica y Farmacias enumera todos los proveedores de atención médica y farmacias de la red actual que están disponibles mediante su plan de seguro médico. Puede encontrar listas actualizadas de los proveedores de atención médica y las farmacias de nuestra red en cualquier momento.

- **Lista de medicamentos cubiertos [*formulary*]**

La lista de medicamentos cubiertos enumera los medicamentos recetados genéricos y de marca y la cantidad de la cobertura o el copago que tendrá que pagar por cada receta médica. Las listas de medicamentos cubiertos estarán disponibles el 15 de octubre del 2023.

- **Evidencia de Cobertura (EOC)**

La Evidencia de Cobertura es su contrato con Presbyterian que explica su cobertura, lo que tenemos que hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer usted como asegurado de nuestro plan. Los EOC estarán disponibles el 15 de octubre del 2023.

Comuníquese con nosotros

El Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian está a su disposición para ayudarle. Si quiere recibir algunos de estos materiales por correo, favor de ponerse en contacto con nosotros:



(505) 923-7675
1-800-465-7737
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados)



info@phs.org

Del 1° de abril al 30 de septiembre:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [National Committee for Quality Assurance, NCQA] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [Special Needs Plan, SNP] hasta el 2025.



Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) ofrecido por Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2024

Identificación del contrato: H3204-013-005

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Vea en la página 4 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.*

Este documento lo informa de los cambios en el plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes.

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el buscador de planes de Medicare del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2024*.
- Cuando elija el plan que prefiera, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si quiere cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Puede **cambiar a otro plan** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura empezará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Vea la sección 3.2, página 16, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Otros recursos

- Este documento está disponible gratis en español.
- Comuníquese con el Centro de Servicio al cliente de Presbyterian (servicio al cliente) llamando al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 para obtener más información (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m. los siete días de la semana (excepto los feriados), del **1 de octubre al 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los feriados), del **1 de abril al 30 de septiembre**. Esta llamada es gratuita.
- El servicio al cliente tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible en otros formatos. Comuníquese con el plan para obtener información.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud elegible (QHC)**, y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

- Presbyterian Dual Plus es un plan HMO de necesidades especiales (SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Nuevo México. La inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Después de una revisión del modelo de atención, el Comité nacional de garantía de calidad (NCQA) ha aprobado que Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) dirija un plan de necesidades especiales (SNP) hasta 2025.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Presbyterian Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024	4
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2024.....	8
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	8
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 2.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo	9
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	10
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	15
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).....	19
Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan.....	20
SECCIÓN 4 Cambio de plan.....	20
SECCIÓN 5 Programas que dan asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	21
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	22
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)	23
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	23
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	24

Resumen de costos importantes para 2024

En la tabla de abajo se comparan los costos de los años 2023 y 2024 de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare por medio de Medicaid, usted paga \$0 de deducible y por las visitas en el consultorio del médico y las estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan*	\$34.00	\$35.60
*La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (consulte la sección 2.1 para obtener más información).	Según su nivel del subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.	Según su nivel del subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.
Deducible	\$226	\$226
	Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.	Excepto la insulina suministrada mediante equipo médico duradero. Lo informarán si Medicare cambia esta cantidad para 2024. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.
Visitas en el consultorio del médico	Visitas de atención médica básica: Usted paga 20% por visita Visitas con un especialista: Usted paga 20% por visita Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.	Visitas de atención médica básica: Usted paga 20% por visita Visitas con un especialista: Usted paga 20% por visita Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Estancias en el hospital como paciente hospitalizado</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$1556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago</p> <p>Días 61 a 90: \$389 de copago</p> <p>Días 91 y siguientes: \$778 de copago</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Por ingreso, usted paga: \$1556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: \$0 de copago</p> <p>Días 61 a 90: \$389 de copago</p> <p>Días 91 y siguientes: \$778 de copago</p> <p>Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Lo informarán si Medicare cambia esta cantidad para 2024.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$505 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$1.45 de copago; • O \$4.15 de copago; • O 15% de coseguro <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$4.30; • O \$10.35; • O 15% de coseguro 	<p>Deducible: \$545 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Para medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$1.55 de copago; • O \$4.50 de copago; <p>Para todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago; • O \$4.60; • O \$11.20;

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Genéricos preferidos, \$0 • Medicamentos de nivel 2: Genéricos, \$11 • Medicamentos de nivel 3: De marca preferidos, \$47 Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel • Medicamentos de nivel 4: Medicamentos no preferidos, 43% de coseguro Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel • Medicamentos de nivel 5: Medicamentos especializados, 25% de coseguro <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos. • Por cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: el 5% del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Genéricos preferidos, \$0 • Medicamentos de nivel 2: Genéricos, \$20 • Medicamentos de nivel 3: De marca preferidos, 18% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel • Medicamentos de nivel 4: Medicamentos no preferidos, 48% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel • Medicamentos de nivel 5: Medicamentos especializados, 25% del costo total. <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. Usted no paga nada.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B (consulte la sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>\$8,300</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2024

Si no hace nada en 2023, lo inscribiremos automáticamente en nuestro plan Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, recibirá la cobertura médica y para medicamentos con receta por medio de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Si quiere cambiar de plan o cambiar a Medicare original y obtener la cobertura para medicamentos con receta por medio de un plan para medicamentos con receta, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).</p>	<p>\$34.00 Según su nivel del subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.</p>	<p>\$35.60 Según su nivel del subsidio por bajos ingresos, Medicare podría pagar la prima de su plan.</p>

Sección 2.2 – Cambios en el máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes médicos limiten lo que usted paga de su bolsillo por el año. Este límite se llama máximo de gastos de bolsillo. Una vez que se alcanza esa cantidad, normalmente no se paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Máximo de gastos de bolsillo</p> <p>Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>Si es elegible para que Medicaid lo ayude con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, no debe pagar ningún gasto de bolsillo para el máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p> <p>La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$8,300</p>	<p style="text-align: center;">\$8,850</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,850 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.</p>

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para obtener información actualizada de los proveedores o las farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, lo que haremos en un plazo de tres días laborables.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios durante el año a los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Si lo afecta un cambio a nuestros proveedores a mitad de año, comuníquese con el Servicio al cliente para que podamos ayudarlo.

Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* lo informa de los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Haremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La información de abajo describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Acupuntura para el dolor crónico en la zona lumbar</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas en estas circunstancias.</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor crónico de la zona lumbar se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> que dura 12 semanas o más; inespecífico: no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); no está asociado a operaciones; y no está asociado al embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones más para los pacientes que muestren una mejoría. No se pueden hacer más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento se debe suspender si el paciente no mejora o empeora.</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitas de rutina, hasta tres (3) visitas al año 	<p>Usted paga 0-20% de coseguro</p> <p>Sin cargo</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro</p> <p>Descubierto</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Audífonos		
<p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 año de visitas de seguimiento después de comprar los audífonos • Período de prueba de 60 días libre de riesgos • Garantía de 3 años del fabricante • 80 baterías gratis por audífono no recargable 	<p>Hasta \$2,000 para el costo de dos audífonos no implantables del catálogo correspondiente de TruHearing Choice cada dos años (límite de un audífono por oído).</p>	<p>Hasta \$1,500 para el costo de dos audífonos no implantables del catálogo correspondiente de TruHearing Choice cada tres años (límite de un audífono por oído).</p>
El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:		
<ul style="list-style-type: none"> • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Visitas adicionales con el proveedor • Audífonos que no estén en el catálogo correspondiente de TruHearing • Costos asociados a reclamos según garantía por pérdida o daño 		
<p>Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan.</p>		
<p>Los costos de los audífonos no están sujetos al máximo de gastos de bolsillo.</p>		

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Manejo personal de la diabetes</p> <p>Suministros para monitorear la glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones de manejo de la glucosa* para verificar la precisión de las tiras reactivas y los monitores</p> <p>Medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas y lancetas</p> <p>* Los monitores continuos de glucosa (CGM) y los suministros están cubiertos como servicios de equipo médico duradero (DME). Es posible que se apliquen normas de autorización.</p>	<p>Las tiras reactivas estándar y las lancetas tienen un límite de cantidad de 100 cada 30 días para los miembros sin dependencia de insulina y de 200 cada 30 días para los miembros con dependencia de insulina.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>* La cobertura se limita a los productos de la marca AccuChek</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un 20% de coseguro</p>	<p>Las tiras reactivas estándar y las lancetas tienen un límite de cantidad de 100 cada 90 días para los miembros sin dependencia de insulina y de 300 cada 90 días para los miembros con dependencia de insulina.</p> <p>Dentro de la red: Sin cargo</p> <p>* La cobertura se limita a los productos de la marca AccuChek</p> <p>Dentro de la red: Usted paga un 20% de coseguro</p> <p>* La cobertura se limita a los productos FreeStyle Libre</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención de emergencia	<p>Usted paga 0-20% de coseguro hasta \$95 (no se cobra si lo ingresan)</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se establezca su condición de emergencia, debe ir a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención <i>o</i> debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con la autorización del plan, y el costo para usted será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>Usted paga 20% de coseguro hasta \$100 (no se cobra si lo ingresan)</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se establezca su condición de emergencia, debe ir a un hospital de la red para que se siga cubriendo su atención <i>o</i> debe recibir la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red con la autorización del plan, y el costo para usted será el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>
Nuestro plan no cubre ningún servicio, incluyendo los servicios necesarios de urgencia o de emergencia, si recibe la atención fuera de los Estados Unidos o sus territorios.	Usted es responsable del 100% de los costos.	Usted es responsable del 100% de los costos.
Servicios necesarios de urgencia	Dentro y fuera de la red: Usted paga un coseguro del 0-20% hasta \$65	Dentro y fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20% hasta \$55

Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama “Formulario” o “Lista de medicamentos”. Recibirá una copia de nuestra “Lista de medicamentos” en formato electrónico.

Hacemos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir eliminar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o cambiarlos de nivel de costo compartido. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción o si se ha cambiado su medicamento a otro nivel de costo compartido.**

Si recibió una excepción al formulario en 2023, deberá presentar una nueva solicitud para 2024.

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” se hacen al principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar de inmediato los medicamentos que la FDA considere peligrosos o que el fabricante del producto haya retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para que esté actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Le hemos enviado un documento separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también conocido como “Cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que describe los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional”, y no ha recibido este documento antes del 1 de octubre de 2023, llame al Servicio al cliente y pida la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información de abajo muestra los cambios en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial (la mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa de período sin cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluyendo las vacunas del herpes zóster, el tétanos y para viajes.</p>	<p>El deducible es \$505.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual</p> <p>La cantidad de su deducible anual es de \$0 o \$505, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p> <p>(consulte el documento separado, la Cláusula adicional LIS, para ver la cantidad de su deducible).</p>	<p>El deducible es \$545.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos de nivel 1: Los genéricos preferidos y el costo total de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de nivel 3, el costo compartido que le corresponde en la etapa de cobertura inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte en la siguiente tabla los cambios de 2023 a 2024.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde al mismo del costo de sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos Usted paga \$0 por receta. • Medicamentos de nivel 2: Medicamentos genéricos Usted paga \$11 por receta. • Medicamentos de nivel 3: Medicamentos de marca preferidos Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Medicamentos de nivel 4: Medicamentos no preferidos Usted paga el 43% del costo total. 	<p>El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 1: Genéricos preferidos Usted paga \$0 por receta. • Medicamentos de nivel 2: Genéricos Usted paga \$20 por receta. • Medicamentos de nivel 3: De marca preferidos Usted paga el 18% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. • Medicamentos de nivel 4: Medicamentos no preferidos Usted paga el 48% del costo total.

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red que tenga costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos de recetas de pedido por correo, consulte el capítulo 6, sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado de nivel algunos de los medicamentos de nuestra “Lista de medicamentos”. Para saber si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p>	<p>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 5: Medicamentos especializados Usted paga el 25% del costo total. <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de nivel 5: Medicamentos especializados Usted paga el 25% del costo total. <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos lleguen a \$5,030, pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en las etapas de período sin cobertura y de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura, la etapa de período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa de período sin cobertura ni a la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte el capítulo 6, secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Para continuar en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare original antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para el 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan médico de Medicare diferente
- – *O* – Puede cambiar a Medicare original. Si cambia a Medicare original, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame a su programa estatal de asistencia con el seguro médico (consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Recuerde que Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferente cobertura, primas mensuales y cantidades de costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan médico de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a Medicare original sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el servicio al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *O* – llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Medicare original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cambio de plan

Si quiere cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo **desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2024.

¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos. Entre los ejemplos están las personas con Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonan la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Dado que tiene Centennial Care (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de inscripción especial**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiar a otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención de largo plazo), puede cambiar de cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que dan asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Nuevo México, el SHIP se llama Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México (New Mexico Aging and Long-Term Services).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales a personas con Medicare. Los asesores de Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México pueden ayudarlo con sus preguntas o con sus problemas con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México al 1-800-432-2080 o TTY (505) 476-4937. Para obtener más información sobre los Servicios para Adultos Mayores y de Largo Plazo de Nuevo México, visite su sitio web (www.nmaging.state.nm.us/).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México, comuníquese con ellos llamando al 1-888-997-2583 (TTY 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (cerrado los fines de semana y feriados). Pregunte cómo afecta a su cobertura de Centennial Care (Medicaid) de Nuevo México la inscripción en otro plan o volver a Medicare original.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Abajo encontrará una lista de distintos tipos de ayuda.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Como tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga una parte de sus medicamentos con receta, primas, deducibles anuales y coseguro. Dado que califica, no tiene período sin cobertura ni penalización por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
 - La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Asistencia con el costo compartido de las recetas para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a asegurar que las personas que tienen VIH/sida y que son elegibles para el programa tengan acceso a medicamentos vitales contra el VIH. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo pruebas de residencia en el estado y de su situación con el VIH, ingresos bajos según la definición del estado y no tener seguro/tener cobertura de seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para los medicamentos con receta del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México. El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México está en:
New Mexico Department of Health AIDS Drug Assistance Program (ADAP)
1190 Francis Dr.,
Santa Fe, NM 87502

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 827-2435.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (solo TTY, llame al 711). Atendemos llamadas telefónicas de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana (excepto los feriados), desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo**, y de lunes a viernes (excepto los feriados), desde el **1 de abril hasta el 30 de septiembre**. Las llamadas a estos teléfonos son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (tiene información sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le da un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para obtener información, consulte la *Evidencia de cobertura 2024* de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal en profundidad de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar al Servicio al cliente para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra Lista de medicamentos cubiertos (*Formulario*/"Lista de medicamentos").

Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea Medicare y usted 2024

Lea el manual *Medicare y usted 2024*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare todos los otoños. Tiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare y las respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de New Mexico Centennial Care (Medicaid), puede llamarlos al 1-888-997-2583. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Aviso de no discriminación y accesibilidad

La ley prohíbe la discriminación

Presbyterian Healthcare Services se compromete a prestar servicios de atención médica equitativos y existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos. Valoramos la diversidad y la inclusión y nos esforzamos por tratar a todos con respeto. No discriminamos por motivos de raza; color; linaje; origen nacional (incluso por dominio limitado del inglés); ciudadanía; religión; sexo (incluso por embarazos, partos o problemas médicos conexos); estado civil; orientación sexual; expresión o identidad de género; estado de veterano; estado militar; estado de ausencia familiar o médica; edad; discapacidad física o mental; estado médico; datos genéticos; capacidad de pago; o cualquier otro estado protegido. Presbyterian proporcionará adaptaciones razonables y servicios de acceso al idioma a nuestros pacientes, asegurados y fuerza laboral.

Presbyterian Healthcare Services:

- Presta servicios y ayuda a las personas con discapacidades para que se puedan comunicar efectivamente, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados de lengua de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, grabaciones de audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de acceso al idioma a las personas cuyo idioma principal no es inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita alguno de esos servicios, llame al Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian al (505) 923-5420, 1-855-592-7737, TTY 711.

Si cree que Presbyterian Healthcare Services no le ha proporcionado dichos servicios o si cree que le han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una reclamación a Presbyterian si llama al 1-866-977-3021, TTY 711, fax (505) 923-5124, o

<https://ds.phs.org/ewcm/frmExample.do?m=complaintentry&complainttype=customer>.

Además puede presentar una queja formal referente a los derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. electrónicamente en el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está a su disposición en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o por teléfono al:

Dirección: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Número de teléfono (gratuito): 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están a su disposición en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-592-7737 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-592-7737 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo/Diné: Díí ats'íís dóó azeé' bínda'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadalt'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béésh bee hane'é t'áá jíík'e be' hódíílnih 1-855-592-7737 (TTY: 711).

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 1-855-592-7737 (TTY:711)。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 1-855-592-7737 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711) 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711) 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 (TTY:711) 1-855-592-7737. 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 1-855-592-7737 (TTY:711) 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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 1-855-592-7737 (TTY:711). 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、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、1-855-592-7737 (TTY:711) 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。