



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

Identificación del contrato: H3204-013-004

Aviso anual de cambios para 2025



(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 2025. 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 2024.

- **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 2024.

Comuníquese con nosotros

El Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian está a su disposición para ayudarlo. 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) lo ofrece Presbyterian Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Identificación del contrato: H3204-013-004

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 5 el Resumen de costos importantes, incluyendo la prima.***

Este documento lo informa de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para saber si hay otros cambios en los beneficios o los costos que podrían afectarlo. También puede llamar al Servicio de Atención 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 saber si lo afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluyendo las restricciones en la cobertura y los costos compartidos.
 - Piense cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que esté tomando actualmente seguirán estando cubiertos.
 - Compare la información del plan de 2024 y 2025 para saber si alguno de esos medicamentos pasará a un nivel diferente de costos compartidos o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad en 2025.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluyendo farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.

☐ Verifique si califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para la “ayuda adicional” de Medicare.

☐ 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 en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que está en la parte de atrás de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

☐ 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 2024, permanecerá en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Puede **cambiar a otro plan** entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su cobertura nueva empezará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).
- Vea la sección 4.2, página 18, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una institución (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. Si recientemente se mudó de una institución, podrá cambiar de plan o cambiar a Medicare original por dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

Más recursos

- Este documento está disponible en inglés.
- Comuníquese con el Centro de Servicio de Atención al Cliente de Presbyterian (servicio de atención 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 de 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 del 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 (State of New Mexico Human Services Department). 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) opere un plan de necesidades especiales (SNP) durante 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 2025
Índice

Resumen de costos importantes para 2025.....	5
SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2025.....	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	8
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	9
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.....	13
SECCIÓN 3 Cambios administrativos.....	17
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 4.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).....	18
Sección 4.2 – Si quiere cambiar de plan	18
SECCIÓN 5 Plazo para cambiar de plan	19
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....	19
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	20
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).....	21
Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare.....	22
Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	22

Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla de abajo se comparan los costos de los años 2024 y 2025 de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si usted 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 estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

*Estos son los costos compartidos de 2024, y pueden cambiar en 2025. Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) le dará las tarifas actualizadas en cuanto se publiquen.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la sección 2.1 para obtener más información.	\$35.60	\$35.60*
Deducible	\$226, excepto la insulina suministrada mediante equipo médico duradero. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.	\$226*, excepto la insulina suministrada mediante equipo médico duradero. 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 primaria: 20% por visita Visitas con un especialista: 20% por visita Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: 20% por visita Visitas con un especialista: 20% por visita Si es elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0 por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Estancias en el hospital como paciente hospitalizado Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga: \$1,632 por cada período de beneficios. Días 1-60: \$0 de copago Días 61-90: \$408 de copago Día 91 en adelante: \$816 de copago Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga: \$1,632* por cada período de beneficios. Días 1-60: \$0 de copago Días 61-90: \$408* de copago Día 91 en adelante: \$816* de copago Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga: \$1,632* por cada período de beneficios. Días 1-60: \$0 de copago Días 61-90: \$408* de copago Día 91 en adelante: \$816* de copago Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga \$0.
Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$545, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: \$0 de copago - Nivel 2 – Medicamentos genéricos: \$20 de copago	Deducible: \$590, excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D. Copago o coseguro durante la etapa de cobertura inicial: - Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: \$0 de copago - Nivel 2 – Medicamentos genéricos: 25% de coseguro

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	- Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: 18% de coseguro Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: 48% de coseguro Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 5 – Medicamentos especializados: 25% de coseguro Cobertura catastrófica: - Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	- Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: 25% de coseguro Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: 26% de coseguro Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. - Nivel 5 – Medicamentos especializados: 25% de coseguro Cobertura catastrófica: - Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,850	\$9,350
Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 2.2 para obtener más información).	Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, 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.	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.

SECCIÓN 1 Si no elige otro plan, quedará inscrito automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) en 2025

Si no hace nada en 2024, lo inscribiremos automáticamente en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, 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 su 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 2025.

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

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$35.60	\$35.60*

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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Máximo de gastos de bolsillo	\$8,850	\$9,350
Como nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos alcanzan este máximo de gastos de bolsillo. 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. Los costos de los servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) cuentan para el máximo de gastos de bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el máximo de gastos de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$9,350 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.

Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted pague por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

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

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* en www.phs.org/Medicare 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 2025* en www.phs.org/Medicare para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de su plan durante el año. 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 esos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de emergencias	Usted paga 20% del costo total, hasta \$100 por visita. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.	Usted paga 20% del costo total, hasta \$110 por visita. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Beneficio para comestibles (SSBCI)	El beneficio para comestibles <u>no</u> está cubierto.	Los miembros que tengan una o más condiciones que califiquen y que hayan completado la visita anual de bienestar en los últimos 12 meses recibirán \$125 por trimestre, hasta \$500 al año, para comprar comestibles. Las condiciones que califican son: diabetes, hipertensión, hiperlipidemia, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF). El dinero para comestibles se agrega a la misma tarjeta que tiene para su beneficio de productos de venta libre (OTC). Es posible que sea elegible para recibir dinero para un beneficio complementario especial para comestibles si le han diagnosticado estas condiciones crónicas: diabetes, insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), hipertensión o hiperlipidemia. Debe haber completado una visita anual de bienestar (AWV) en los últimos 12 meses. La elegibilidad la determina su plan, y es posible que no sea elegible aunque tenga una de estas condiciones. Para obtener ayuda para programar su visita anual de bienestar, llame a nuestro equipo especializado al (505) 923-2009 o al número que está en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de miembro.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios en el hospital como paciente hospitalizado (médicos y conductuales)	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga \$1,632 de deducible. Usted paga \$0 al día por los días 1-60. Usted paga \$408 al día por los días 61-90. Usted paga \$816 al día por el día 91 en adelante. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga \$1,632* de deducible. Usted paga \$0 al día por los días 1-60. Usted paga \$408* al día por los días 61-90. Usted paga \$816* al día por el día 91 en adelante. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.
Productos de venta libre (OTC)	Se le dan \$315 por trimestre para gastar en productos OTC aprobados.	Se le dan \$200 por trimestre para gastar en productos OTC aprobados.
Estancia en un centro de enfermería especializada (SNF)	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga \$0 al día por los días 1-20. Usted paga \$204 al día por los días 21-100. Usted paga los costos totales por el día 101 en adelante. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.	Según el período de beneficios de Medicare original, usted paga \$0 al día por los días 1-20. Usted paga \$204* al día por los días 21-100. Usted paga los costos totales por el día 101 en adelante. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios de transporte (que no sean de emergencia)	Usted paga el 0% del costo total por 50 viajes de ida. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.	Usted paga el 0% del costo total por 50 viajes de ida. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total. Los viajes que superen el máximo de distancia establecido por el plan requieren aprobación previa del plan.
Atención de urgencia	Usted paga 20% del costo total, hasta \$55 por visita. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.	Usted paga 20% del costo total, hasta \$45 por visita. Si es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare según Medicaid, usted paga 0% del costo total.

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. Se da una copia de nuestra Lista de medicamentos en formato electrónico. Si no ve su medicamento en esta lista, de todos modos podría estar cubierto. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando al Servicio al cliente (vea la parte de atrás) o visitando nuestro sitio web www.phs.org/Medicare.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de medicamentos, por ejemplo, quitar o agregar medicamentos, modificar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **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 su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se hacen al principio de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios que permitan las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes. Si hacemos un cambio que afectará a su acceso a un medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para saber sus opciones, como pedir un suministro temporal, pedir una excepción o buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Servicio al cliente para obtener más información.

Actualmente, podemos quitar inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos un medicamento de marca si lo reemplazamos con una nueva versión genérica en el mismo nivel de costo compartido o un nivel menor, y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca al que reemplaza. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, también podemos optar por conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel diferente de costo compartido o agregar nuevas restricciones, o las dos cosas.

A partir de 2025, podremos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un producto biológico original que se reemplazará con uno biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que hagamos el cambio, de todos modos, recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que lo hagamos.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también da a los consumidores información sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También se puede comunicar con Servicio al cliente o pedirle más información a su proveedor de atención médica, al proveedor que le haga las recetas o al farmacéutico.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que se reemplazará con una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro para un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que hagamos el cambio, de todos modos, recibirá información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que lo hagamos.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver definiciones de los tipos de medicamentos que se mencionan en este capítulo, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también da

a los consumidores información sobre medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También se puede comunicar con Servicio al cliente o pedirle más información a su proveedor de atención médica, al proveedor que le haga las recetas o al farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar los medicamentos (“ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos 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 2024, llame a Servicios para miembros y pida la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa del período sin cobertura y el Programa de descuento durante el período sin cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento durante el período sin cobertura también se reemplazará con el Programa de descuentos de fabricantes. Según el Programa de descuentos de fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que paguen los fabricantes según dicho Programa no se contarán para los gastos de bolsillo.

Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual 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.	El deducible es \$545. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos de nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos, y el costo total de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es \$590. Durante esta etapa, usted paga \$0 de costos compartidos por los medicamentos de nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos, y el costo total de los medicamentos de los niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Cambios en los costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para los medicamentos de nivel 2 – Medicamentos genéricos, 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 2024 a 2025.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial 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. En 2024, usted pagaba \$20 de copago por los medicamentos de nivel 2 – Medicamentos genéricos. En 2025, pagará 25% por los medicamentos en este nivel. Los costos en esta fila son por el suministro para un mes (30 días) si surte la receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro de largo plazo o en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferidos, vea el capítulo 6, sección 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i>. Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista. Para saber si los que usted toma estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es: Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta. Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga \$20 por receta. Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga 18% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga 48% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Nivel 5 – Medicamentos especializados: Usted paga 25% del costo total.	El costo de surtir un suministro para un mes en una farmacia de la red con costos compartidos estándar es: Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$0 por receta. Nivel 2 – Medicamentos genéricos: Usted paga 25% del costo total. Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos: Usted paga 25% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Nivel 4 – Medicamentos no preferidos: Usted paga 26% del costo total. Usted paga \$35 al mes por suministro de cada producto de insulina cubierto de este nivel. Nivel 5 – Medicamentos especializados: Usted paga 25% del costo total.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.	Una vez que los costos totales de los medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente fase (etapa del período sin cobertura).	Una vez que haya pagado \$2,000 de gastos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagarán una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que paguen los fabricantes según dicho Programa no se contarán para los gastos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte el capítulo 6, sección 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta	No corresponde	El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos, distribuyéndolos en pagos mensuales que variarán a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (solo TTY, llame al 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si quiere permanecer en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Para seguir 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 4.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para 2025, 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 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, consulte la sección 6) o llame a Medicare (consulte la sección 8.2).

Recuerde que Presbyterian Health Plan, Inc. ofrece otros planes médicos de Medicare. Esos otros planes pueden variar en cuanto a cobertura, primas mensuales y costos compartidos.

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan médico de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Medicare original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- 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 5 Plazo para cambiar de plan

Si quiere cambiar a un plan diferente o a Medicare original para el próximo año, puede hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

¿Hay otros momentos en el año para hacer cambios?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos están las personas con Medicaid, las que reciben “ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las que han dejado o dejarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio.

Como usted tiene Turquoise Care (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Medicare original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare;
- Medicare original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted no haya aceptado la inscripción automática); o
- Si es elegible, un plan D-SNP integrado que le dé sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribe en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no le el plan que eligió, también 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 2025.

Si se mudó recientemente a una institución o vive actualmente en una institución (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. Si recientemente se mudó de una institución, podrá cambiar de plan o cambiar a Medicare original por dos meses completos después del mes en que se haya mudado.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen 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 local **gratuito** sobre seguros médicos 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 plan. 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 (<https://aging.nm.gov/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Turquoise Care (Medicaid), llámelos 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 Turquoise Care (Medicaid) la inscripción en otro plan o volver a Medicare original.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar los 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 las primas de sus medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Como usted califica, no tiene una 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.
 - La 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 de Medicaid de su estado.
- **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 garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les pueden salvar la vida. Para ser elegibles para ADAP en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y no tener seguro o tener seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia para compartir los costos de los medicamentos con receta mediante el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México (New

Mexico Department of Health, AIDS Drug Assistance Program). Puede encontrar recursos y lugares de inscripción en <https://nmhivguide.org>.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA del Departamento de Salud de Nuevo México al (505) 479-1573. Asegúrese de dar el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare cuando llame.

- **Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta.** El Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar sus gastos de bolsillo por medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarlo a administrar sus costos de medicamentos, distribuyéndolos en **pagos mensuales que variarán a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni bajará los costos de sus medicamentos.**

La “ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para los que califiquen, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de Medicare para medicamentos con receta. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y planes médicos de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecerla. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al (505) 923-7675 o al 1-855-465-7737 (solo TTY, llame al 711) o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Servicio al cliente 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 números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de Cobertura de 2025* (tiene información de 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 2025. Para obtener información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* para Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, www.phs.org/Medicare. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que se la enviemos por correo.

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 8.2 – 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 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Este documento se envía por correo a las personas con Medicare, todos los otoños. Tiene un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios relacionados con Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Turquoise Care (Medicaid), puede llamar a Turquoise Care (Medicaid) 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>**.

Y0055_MPC112008_SPAN_NSR_C_11062020



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 azee' bíná'í díłkidgo, Dinék'ehjí yadałti'iigi ła' bich'í' hadíídzih. Béesh 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 답해 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 (1-855-592-7737 (TTY: 711). 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に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-592-7737 (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。