

Estimado(a) miembro de MetroPlusHealth:

Como presidenta de MetroPlusHealth, le agradezco por formar parte de nuestra familia otro año más. Nos alegra mucho tenerle como miembro.

Cada año, revisamos nuestros beneficios de Medicare para proporcionarle la mejor cobertura y servicios disponibles. Adjuntamos el *aviso anual de cambios* para 2025 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP), que es un resumen de los cambios en los beneficios y en la cobertura de su plan para el próximo año.

Para 2025, su plan ofrece **nuevos y valiosos beneficios** como estos sin costo alguno para usted:

Tarjeta Flex (paquete de beneficios complementarios) – \$475 por trimestre (no transferibles al siguiente trimestre) para artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y servicios públicos, como servicios de cable, satélite o teléfono. También puede usar la tarjeta para comestibles, dispositivos de seguridad para el baño y un sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS, por sus siglas en inglés).

Exámenes físicos anuales (*¡NUEVO!*) – ya son un beneficio cubierto para 2025.

¡También tiene cobertura de **acupuntura, podología, costos de membresía en un gimnasio y transporte que no sea de emergencia!** Visite nuestro sitio web o llame a Servicios al Miembro para obtener más información.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su cobertura, llámenos al teléfono 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. También puede obtener más información en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org.

Nota: Si prefiere no recibir llamadas de MetroPlusHealth referentes a ventas, escríbanos a help.memberexperience@metroplus.org o llame al teléfono 866.986.0356 (TTY: 711) para excluirse. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Después de excluirse, dejará de recibir correos por un período indefinido, hasta que nos notifique que desea volver a recibirlos.

¡Gracias, nuevamente, por ser miembro de MetroPlusHealth!

Atentamente.



Dra. Talya Schwartz
Presidenta y directora general
MetroPlusHealth

Hay otros documentos disponibles para ayudarle a entender su cobertura, entre ellos:

- La *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) que explica sus beneficios y cómo recibir atención médica y cobertura de medicamentos recetados.
- Los *Directorios de proveedores/farmacias*, que incluyen todos los médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores de nuestra red. Siempre debe corroborar que un proveedor se encuentre en nuestra red antes de recibir atención.
- El *Formulario*, que incluye todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

Puede ver e imprimir fácilmente las versiones más recientes de estos documentos en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. Estos documentos estarán disponibles en nuestro sitio web el 15 de octubre de 2024. Para solicitar que le enviemos una copia impresa por correo, llámenos al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 9 a. m. a 5 p. m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560.

MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ofrecido por MetroPlus Health Plan, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). El próximo año, habrá cambios en los beneficios y costos del plan. **Consulte la página 5 para ver un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios de sus 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 de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y los costos compartidos.
 - Considere cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
 - Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma aún tienen cobertura.
 - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Piense si está contento 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 medicare.gov/plan-compare o revise la lista en el dorso

de su manual *Medicare y usted 2025*. Para obtener ayuda adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un consejero capacitado.

- Una vez que limite su elección a un plan de preferencia, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar su plan.

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2024, permanecerá en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Consulte la sección 3, página 16, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente o ahora vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español y chino en forma gratuita.
- Llame al número de Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Esta llamada es gratuita.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 866.986.0356 (TTY: 711)。
- ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia lingüística sin cargo disponibles para usted. Llame al 866.986.0356 (TTY: 711).
- MetroPlus Health Plan, Inc. no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.
- MetroPlus Health Plan, Inc. proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse con nosotros, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Si necesita estos servicios, llame a MetroPlus Health Plan al 866.986.0356. Para los servicios de TTY/TDD, llame al 711.
- También proveemos servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma materno no es el inglés, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Llame a New York Medicaid Choice al 800.505.5678 si necesita servicios de un intérprete o información del programa en braille o en un CD. Usuarios de TTY: 888.329.1541. Hay asesores disponibles para explicar o responder preguntas sobre la inscripción.

- Si lo solicita, también podemos brindarle la información en braille, en letra grande, o en otros formatos alternativos.
- **La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

- MetroPlus Health Plan, Inc. es un plan HMO, HMO D-SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York para MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). **MetroPlusHealth no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare.** La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-986-0356 (TTY: 711).
- Cuando este documento dice “nosotros,” “nos,” o “nuestro”, se refiere a MetroPlus Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año	8
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	8
Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso	8
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias	9
Sección 1.4 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos	9
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir	16
Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	16
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	16
SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan	17
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid	18
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	19
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	20
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)	20
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	21
Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid	21

Resumen de costos importantes para 2025

El siguiente cuadro compara los costos de 2024 y 2025 de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, las visitas al consultorio del médico y las hospitalizaciones.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>*Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener más información.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$48.70</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional":</p> <p>\$0 o hasta \$71.20</p>
<p>Deducible</p>	<p>\$240, excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>\$240, excepto para la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 o 20 % por visita.*</p> <p>Visitas al especialista: \$0 o 20 % por visita.*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>Visitas al médico de atención primaria: \$0 o 20 % por visita.*</p> <p>Visitas al especialista: \$0 o 20 % por visita.*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o • Deducible de \$1,632*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o • Deducible de \$1,632*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para más detalles).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago - según corresponda durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): o Copago de \$0 o o Copago de \$0 o o Copago de \$0 	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar los siguientes montos de costo compartido:</p> <p>Deducible: \$0</p> <p>Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): o Copago de \$0 o o Copago de \$0 o o Copago de \$0

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los demás medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$4.60 o o Copago de \$11.20 <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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los demás medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> o Copago de \$0 o o Copago de \$4.80 o o Copago de \$12.15 <p>Cobertura Catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.
<p>Monto máximo de desembolso</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para más detalles).</p>	<p>\$8,850</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos.</p>	<p>\$9,350</p> <p>Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos.</p>

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Prima mensual (Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que se la pague Medicaid).	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$48.70	Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional": \$0 o hasta \$71.20

Sección 1.2 – Cambios en su monto máximo de desembolso

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que usted paga de su bolsillo por año. Este límite se denomina monto máximo de desembolso. Una vez que usted llega a este monto, en general no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Monto máximo de desembolso Puesto que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos de ellos alcanzan este máximo de desembolso. Si es elegible para asistencia con copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B de Medicaid, no es responsable del pago de ningún costo de desembolso hacia el monto máximo de desembolso para servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos. Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) se contabilizan para su monto máximo de desembolso. Su prima del plan y sus costos por medicamentos recetados no se contabilizan como parte de su monto máximo de desembolso.	\$8,850	\$9,350 Una vez que haya pagado \$9,350 de desembolso por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de qué farmacia utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si son surtidas en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados están en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para obtener información actualizada de proveedores o farmacias o para solicitar el envío por correo del directorio, que se enviará en un plazo de tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores el año próximo. **Consulte el *Directorio de proveedores 2025* en metroplusmedicare.org para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias 2025* en metroplusmedicare.org para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias que son parte de nuestro plan a lo largo del año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con Servicios al Miembro para que podamos asistirle.

Sección 1.4 - Cambios en los beneficios y costos de servicios médicos

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el año próximo. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Tarjeta Flex	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de una tarjeta Flex de \$155 por mes que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés) y dispositivos de seguridad para el baño. Este beneficio será parte de un nuevo paquete de Beneficios Complementarios Combinados. El saldo no utilizado de la tarjeta Flex vencerá al finalizar cada mes.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Los miembros recibirán un beneficio de \$475 por trimestre (no transferible al trimestre siguiente) que se puede usar para pagar artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), comestibles, servicios públicos (agua, gas, electricidad, servicios de internet), el Sistema de Respuesta ante Emergencias Personales (PERS, por sus siglas en inglés) y dispositivos de seguridad para el baño. Este beneficio será parte del paquete de Beneficios Complementarios Combinados. El saldo no utilizado de la tarjeta Flex vencerá al finalizar cada trimestre.</p>
Examen físico anual	Sin cobertura.	Cubierto. Usted paga un copago de \$0.
Servicios odontológicos	<p>Los beneficios odontológicos de Medicaid no están cubiertos mediante el seguro odontológico complementario de Medicare</p> <p>Integrales: \$700 Preventivos: \$1,000</p>	<p>Los beneficios odontológicos de Medicaid están cubiertos mediante el seguro odontológico complementario de Medicare.</p> <p>Los servicios odontológicos de Medicaid incluyen exámenes, limpiezas, radiografías, extracciones, restauraciones, dentaduras postizas, coronas, tratamientos de conducto e implantes (en determinadas circunstancias). Es posible que se apliquen normas de Autorización Previa para algunos servicios odontológicos.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Servicios de emergencia</p>	<p>0-20% de coaseguro (Monto máximo por visita: \$100)*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>0-20% de coaseguro (Monto máximo por visita: \$110)*</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Servicios de necesidad urgente</p>	<p>0-20% de coaseguro* (Monto máximo por visita: \$55)</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>0-20% de coaseguro* (Monto máximo por visita: \$45)</p> <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>
<p>Hospitalizaciones</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632* • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632* • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632* • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p>	<p>Por período de beneficios: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deducible de \$1,632* • Días 1 a 60: copago de \$0 por día* • Días 61 a 90: copago de \$408 por día* • 60 días de reserva vitalicia: copago de \$816 por día* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga \$0.</p> <p>*Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1-20* • Copago de \$204 por día para los días 21-100* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p>	<p>Por cada período de beneficios, usted paga: \$0 o*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 por día para los días 1-20* • Copago de \$204 por día para los días 21-100* <p>*Si es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, paga un copago de \$0.</p> <p>*Estos son los montos de costos compartidos de 2024 y pueden cambiar en 2025.</p>

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se provee electrónicamente.

Hicimos cambios a nuestra Lista de medicamentos, que incluyen remover o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o moverlos a un nivel diferente de costos compartidos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si habrá restricciones o si su medicamento ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos una notificación sobre el cambio.

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 y/o encontrar un nuevo medicamento. También puede contactar a Servicios al Miembro para obtener más información.

Actualmente podemos eliminar un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos de inmediato si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento con las mismas restricciones o menos que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

A partir de 2025, podremos sustituir inmediatamente los productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si usted está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba notificación del cambio 30 días antes de que lo hagamos ni que no obtenga un suministro de 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 realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: [fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). También puede comunicarse con Servicios al Miembro o pedirle más información a su proveedor de atención médica, médico o farmacéutico.

Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

Si usted recibe “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, es posible que califique para una reducción o eliminación de su parte del costo de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no sea aplicable a usted.

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un anexo separado, llamado *Anexo de la Evidencia de cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos recetados* (también conocido como *Anexo de subsidio por ingresos bajos* o *Anexo LIS*) que le informa sobre los costos de los medicamentos. Si usted recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este anexo a más tardar el **30 de septiembre de 2024**, llame a Servicios al Miembro y solicite el *Anexo LIS*.

A partir de 2025, habrá tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha en la Cobertura y el Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento de Brecha en la Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Según el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los costos de desembolso.

Cambios en la Etapa de Deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta haber alcanzado el deducible anual. No se aplica el deducible para los productos de insulina cubiertos ni para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre ellas, herpes, tétanos y vacunas para viajes.</p>	<p>El deducible es de \$545.</p> <p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar \$0 durante esta etapa.</p>	<p>El deducible es de \$590.</p> <p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", puede pagar \$0 durante esta etapa.</p>

Cambios en sus costos compartidos durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", su costo por un suministro para un mes con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$0 o • Copago de \$0 <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.60 o • Copago de \$11.20 <p>Una vez que su costo total de medicamentos alcance los \$5,030, pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Brecha en la Cobertura).</p>	<p>Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional", su costo por un suministro para un mes con costos compartidos estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca considerados como genéricos): Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$0 o • Copago de \$0 <p>Todos los demás medicamentos: Usted paga un</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$0 o • Copago de \$4.80 o • Copago de \$12.15 <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no cuentan para los costos de desembolso.

Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte la sección 6 del capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (el próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare	No aplica.	<p>El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero – diciembre).</p> <p>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 866.693.4615 o visite medicare.gov.</p>

SECCIÓN 3 Cómo decidir cuál plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente se inscribirá en nuestro MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro, pero si desea cambiar de plan en 2025, siga los siguientes pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse a otro plan de salud de Medicare,
- *O* puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la sección 4) o a Medicare (consulte la sección 7.2).

Le recordamos que MetroPlus Health Plan, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de costo compartido.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Será desafiliado automáticamente de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe seguir uno de los siguientes pasos:
 - Envíenos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Póngase en contacto con Servicios al Miembro si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O* contáctese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (800.633.4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y solicite que lo desafilien. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Si usted se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, entonces Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare 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 2025.

¿Se puede cambiar de plan en otros momentos del año?

En algunas circunstancias, también está permitido cambiarse de plan en otros momentos del año. Ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o abandonan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicios.

Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene la opción de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Original Medicare *con* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare,
- Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare (si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- De ser elegible, un D-SNP integrado que provea los beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos los beneficios y servicios de Medicaid en un plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está conforme con el plan que eligió, también se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o bien puede cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o ahora vive en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado o sin él) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoría gratuita sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Nueva York, al SHIP se le llama Programa de Asesoría, Asistencia e Información sobre Seguros Médicos (Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program, HIICAP).

Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoría local **gratuita** sobre seguros médicos para las personas con Medicare. Los asesores de HIICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar a HIICAP al 800.701.0501. Puede obtener más información sobre HIICAP visitando su sitio web (aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medicaid del Estado de Nueva York, contacte al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 888.692.6116 o al 718.557.1399, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Consulte cómo unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en la que recibe su cobertura de Medicaid del Estado de Nueva York.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos distintas clases de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Dado que tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa “Ayuda Adicional”, también conocido como Subsidio por ingresos bajos. La “Ayuda Adicional” paga una parte de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Como usted cumple los requisitos, no se le aplicará una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa “Ayuda Adicional”, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (800.633.4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
 - La Oficina de Seguro Social al 800.772.1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 800.325.0778; o
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nueva York cuenta con un programa llamado Cobertura de Seguro Farmacéutico para Personas Mayores (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) que ayuda a las personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, su edad o su afección médica. Para obtener más información sobre este programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.

Asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/sida. El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que personas elegibles para ADAP con VIH/sida tengan acceso a los medicamentos para el VIH que les permiten seguir viviendo. Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, que incluyen una constancia de su residencia en el estado y de su condición respecto del VIH y constancias de bajos ingresos según lo definido por el estado, y de que no tienen seguro o tienen un seguro limitado. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados a través del Programa de Atención a Personas con VIH sin Seguro Médico. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al 800.542.2437, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Al llamar, asegúrese de informarles el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare.

- **El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayudará a administrar sus costos de desembolso en medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle

a administrar los costos de sus medicamentos distribuyéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero - diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá sus costos en medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 866.986.0356 (TTY: 711) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios al Miembro al 866.986.0356 (TTY: 711). De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., y sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Servicio de respuesta fuera del horario de atención: 800.442.2560. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura 2025* (contiene detalles sobre los beneficios y los costos para el año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen sobre los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2025* de MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y sus medicamentos recetados. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en metroplusmedicare.org. También puede llamar a Servicios al Miembro para solicitar el envío por correo de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio de internet en metroplusmedicare.org. Le recordamos que en nuestro sitio web podrá encontrar 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 (800.633.4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare ([medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Tiene información sobre costos, cobertura y Calificaciones con Estrellas respecto de la calidad para ayudarle a comparar los planes de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2025*

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, se les envía por correo este documento a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, además de las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando al 1-800-MEDICARE (800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.

Sección 7.3 – Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar al Programa Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 800.541.2831, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p. m., y los sábados, de 9 a.m. a 1 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



TEXTO EN MÚLTIPLES IDIOMAS |

SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN EN MÚLTIPLES IDIOMAS

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 866.986.0356. Someone who speaks English and other languages 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 866.986.0356. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 866.986.0356。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 866.986.0356。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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356 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 866.986.0356. 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 866.986.0356 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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 866.986.0356. 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、866.986.0356 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。