



**Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC.**

## Aviso anual de cambios para 2025

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

En este documento, se explican los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
  - Piense cuánto pagará por las primas, los deducibles y el costo compartido.
  - Verifique los cambios en la Lista de medicamentos para 2025 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma están cubiertos.
  - Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si cualquiera de estos medicamentos se pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, tratamiento escalonado 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 reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.
- Piense si está conforme 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](https://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted para 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los 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 antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción con Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 3.2 en la página [14](#) para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución o si ahora vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.

#### Recursos adicionales

- This document is available for free in English. Este documento está disponible sin cargo en inglés.
- Este documento está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt.
- Este documento está disponible sin cargo en árabe. يتوفر هذا المستند مجاناً بالعربية.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. (Los usuarios de TTY deben llamar al [711](#)). El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

#### Acerca de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (DSNP) también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).

## ***Aviso anual de cambios para 2025***

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2025</b> .....	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año</b> .....	<b>6</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	6
Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	6
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos .....	8
Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D .....	11
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos</b> .....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>14</b>
Sección 3.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) .....	14
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid</b> .....	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b> .....	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?</b> .....	<b>17</b>
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) .....	17
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare .....	17
Sección 7.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid .....	18

### Resumen de costos importantes para 2025

La tabla a continuación compara los costos para 2024 y 2025 de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) en varias áreas importantes.

**Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor que este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta  Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta  Consultas con especialistas: Copago de \$0 por consulta
<b>Hospitalizaciones</b>	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible de \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:  Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): \$0 por medicamento con receta.  Para todos los demás medicamentos cubiertos: \$0 por medicamento con receta.	Deducible de \$0 Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:  Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos medicamentos de marca considerados genéricos): \$0 por medicamento con receta.  Para todos los demás medicamentos cubiertos: \$0 por medicamento con receta.
	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. No paga nada.</li> </ul>	Cobertura en situaciones catastróficas: <ul style="list-style-type: none"> <li>Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$8,850  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$9,350  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

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

### Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

### Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  <b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo.</b>  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,850	\$9,350  Una vez que haya pagado \$9,350 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

### Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener

información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitar que le enviemos un directorio por correo, que enviaremos en tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2025* [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en el medio del año de nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

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

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



Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales (adicionales)</b></p>	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare): El plan paga \$2,000 por año para los servicios dentales preventivos adicionales (no cubiertos por Medicare) y los servicios dentales integrales adicionales (no cubiertos por Medicare) combinados.</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales: Copago de \$0</li> <li>• Radiografías: Copago de \$0</li> <li>• Otros servicios de diagnóstico dental: Copago de \$0</li> <li>• Limpiezas: Copago de \$0</li> <li>• Tratamientos con flúor: Copago de \$0</li> <li>• Otros servicios dentales preventivos: Sin cobertura</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de endodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de periodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia, removible: Copago de \$0</li> <li>• Protésicos maxilofaciales: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de implante: Sin cobertura</li> <li>• Prostodoncia, fija: Copago de \$0</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0</li> <li>• Ortodoncia: Sin cobertura</li> <li>• Servicios generales complementarios: Copago de \$0</li> </ul> <p>Consulte el programa dental en la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare): El plan paga \$2,000 por año para los servicios dentales preventivos adicionales (no cubiertos por Medicare) y los servicios dentales integrales adicionales (no cubiertos por Medicare) combinados.</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare). Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales: Copago de \$0</li> <li>• Radiografías: Copago de \$0</li> <li>• Otros servicios de diagnóstico dental: Copago de \$0</li> <li>• Limpiezas: Copago de \$0</li> <li>• Tratamientos con flúor: Copago de \$0</li> <li>• Otros servicios dentales preventivos: Sin cobertura</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de restauración: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de endodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de periodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia, removible: Copago de \$0</li> <li>• Protésicos maxilofaciales: Sin cobertura</li> <li>• Servicios de implante: Copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia, fija: Copago de \$0</li> <li>• Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0</li> <li>• Ortodoncia: Sin cobertura</li> <li>• Servicios generales complementarios: Copago de \$0</li> </ul> <p>Consulte el programa dental en la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Billetera de apoyo adicional</b>	<p>Si califica para inscribirse en este plan, obtendrá una billetera de apoyo adicional en una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudarlo a pagar los gastos cotidianos. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.</p> <p><b>Billetera de apoyo adicional</b> Monto <u>mensual</u> de beneficios (asignación) de \$240 para pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables, como la carne, los productos frescos, los lácteos y más.</li> <li>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más.</li> <li>• Servicios de transporte, incluidos gasolina en la bomba, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos.</li> <li>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet</li> <li>• Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más</li> <li>• Suministros para mascotas, incluidos alimentos, juguetes y suministros de peluquería</li> <li>• Asistencia con el alquiler o la hipoteca</li> </ul> <p>Asegúrese de usar la asignación completa cada mes, ya que la asignación que no se use no se transferirá al mes siguiente. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Si califica para inscribirse en este plan, obtendrá una billetera de apoyo adicional en una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare para ayudarlo a pagar los gastos cotidianos. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.</p> <p><b>Billetera de apoyo adicional</b> Monto <u>mensual</u> del beneficio (asignación) de \$125 para pagar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables, como la carne, los productos frescos, los lácteos y más.</li> <li>• Productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) aprobados, incluidos los medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más.</li> <li>• Servicios de transporte, incluidos gasolina en la bomba, transporte público y determinados servicios de viajes compartidos.</li> <li>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, agua, cloacas, teléfono fijo y celular, y servicio de Internet</li> <li>• Productos de atención personal, incluidas toallas de papel, champú, jabón y más</li> </ul> <p>Asegúrese de usar la asignación completa cada mes, ya que la asignación que no se use no se transferirá al mes siguiente. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales)</b>	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional (no cubierto por Medicare) (consultas ilimitadas por año).	Los servicios de tratamiento médico nutricional adicionales (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Enfermedades cubiertas para los servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales)</b>	<p>El beneficio adicional de los servicios de tratamiento médico nutricional (no cubierto por Medicare) incluye cobertura de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades cubiertas por Medicare</li> <li>• Enfermedades adicionales (no cubiertas por Medicare)</li> </ul>	<p>Los servicios de tratamiento médico nutricional adicionales (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.</p>
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B)</b>	<p>Las categorías de nuestro programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado:  <a href="https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions">AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions</a>. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Las categorías de nuestro programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado:  <a href="https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions">AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions</a>. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<b>Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos:</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Puede requerirse autorización previa.</p>
<b>Sistema personal de respuesta para emergencias</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada producto.</p> <p>LifeStation proporciona el sistema de servicios personales de respuesta ante emergencias.</p>	<p>El sistema personal de respuesta para emergencias <u>no</u> está cubierto.</p>
<b>Servicios de transporte (para casos que no sean de emergencia)</b>	<p>Usted paga 0% del costo total por hasta 48 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan (hasta 50 millas por viaje).</p> <p>ModivCare proporciona los servicios de transporte (que no sean de emergencia).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a lugares aprobados por el plan (hasta 50 millas por viaje).</p> <p>ModivCare proporciona los servicios de transporte (que no sean de emergencia).</p>

Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

**Cambios en nuestra Lista de medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar

medicamentos o cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea, al menos de forma mensual, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos le afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y consulte con su médico para obtener información sobre sus opciones, como solicitar un suministro temporal o una excepción, o tratar de encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos productos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba aviso del cambio con 30 días de antelación o que pueda obtener 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 realizamos el cambio, todavía obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de hacer el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener una definición de tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también proporciona información sobre los medicamentos para los consumidores. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéuticos para obtener más información.

### **Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos con receta**

**Nota:** Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben “Ayuda adicional” para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** La etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La etapa del período sin cobertura y el programa de descuento en el período sin cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

El programa de descuentos en el período sin cobertura también se sustituirá por el programa de descuentos del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes pagan un

costo total del plan para los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D y los productos biológicos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

### Cambios en el beneficio de la Parte D del VBI

Debido a que usted reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, es elegible para los siguientes costos compartidos a través del Programa de apoyo para costos de Aetna Rx:

### Cambios en la etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

### Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b>  Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, consulte las Secciones 2.3 y 2.4 del Capítulo 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i> .  La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.	Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es el siguiente:  Usted paga \$0 para los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar es el siguiente:  Usted paga \$0 para los medicamentos cubiertos de la Parte D.
	Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).	Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

### Paso a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y final. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Cómo obtener glucómetros y tiras reactivas OneTouch/LifeScan</b>	Puede solicitar su glucómetro, dispositivo de punción y estuche OneTouch sin receta visitando <a href="http://www.OneTouch.orderpoints.com">www.OneTouch.orderpoints.com</a> o llamando directamente a LifeScan al 877-764-5390. Necesitará proporcionar el código de pedido 123AET200 en el momento del pedido.	A partir de enero de 2025, debe obtener una receta de su proveedor para su medidor de glucosa en sangre LifeScan y otros suministros de prueba (dispositivos de punción, lancetas y tiras reactivas). Debe obtener estos suministros directamente de una farmacia de la red. Los medidores y suministros ya no estarán disponibles directamente en LifeScan.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP).

Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

### Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2025* (Medicare y usted para 2025), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

### Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información

sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

- *O BIEN*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite cancelar su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar 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 vigencia el 1 de enero de 2025.

### ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Dado que tiene Cardinal Care, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare cualquier mes, incluidos los siguientes:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta separado de Medicare. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que brinda a Medicare y la mayoría o todos sus 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 le gusta el plan que eligió, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea 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 si ahora vive en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente acaba de salir de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que sale.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al SHIP al número de teléfono que figura debajo.

<b>Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)</b>	
<b>VA</b>	<b>Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP), dirección:</b> Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229, <b>teléfono:</b> 1-800-552-3402, 804-662-9333, <b>TTY:</b> <a href="tel:711">711</a> , <b>horario de atención:</b> De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://vda.virginia.gov/vicap.htm">vda.virginia.gov/vicap.htm</a>

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid. El nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Medicare.

<b>Oficina de Medicaid del estado</b>	
<b>VA</b>	<b>Virginia Medicaid, dirección:</b> Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), <b>TTY:</b> <a href="tel:1-888-221-1590">1-888-221-1590</a> . Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, <b>horario de atención:</b> de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://dmas.virginia.gov/">dmas.virginia.gov/</a>

## **SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también conocida como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted reúne los requisitos, no tendrá una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 08:00 a. m. y las 07:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-800-325-0778](tel:1-800-325-0778). O bien
  - A la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo asistencia, llame al ADAP de su estado. Cuando llame, asegúrese de informar de su nombre o número de póliza de la Parte D de Medicare.



<b>Programas estatales de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)</b>	
<b>VA</b>	<b>Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), dirección:</b> Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-362-0658, 1-800-533-4148, <b>TTY:</b> <a href="tel:711">711</a> , <b>horario de atención:</b> de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/">vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/</a>

## **SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?**

### **Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro (los usuarios de TTY deben llamar únicamente al [711](tel:711)). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### **Lea su *Evidencia de cobertura* para 2025 (aquí se describen en detalle los beneficios y los costos para el próximo año).**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP) para 2025. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](http://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](http://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos)*.

### **Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de Star Ratings para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025)***

Lea el manual *Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025)*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Sección 7.3	Cómo obtener ayuda de Medicaid
-------------	--------------------------------

Para obtener información de Cardinal Care, puede llamar a Cardinal Care (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo).

<b>Oficina de Medicaid del estado</b>	
<b>VA</b>	<p><b>Virginia Medicaid, dirección:</b> Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), <b>TTY:</b> <a href="tel:1-888-221-1590">1-888-221-1590</a>. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, <b>horario de atención:</b> de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://dmas.virginia.gov/">dmas.virginia.gov/</a></p>

Consulte la *Evidencia de cobertura* para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el área de servicio.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Para enviar un reclamo a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo involucra a un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona cuando presenta la queja.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-855-463-0933 (TTY: [711](tel:711)) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros tienen la opción de inscribirse para la entrega automática de pedidos por correo.

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web, o llame al número de teléfono que figura en este material o al teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, nuestro plan de salud ofrece ayudas y servicios auxiliares, gratuitos, cuando sean necesarios para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades de comunicarse de manera eficaz con nosotros. Nuestro plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su Evidencia de cobertura). También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: [711](#)). Si necesita ayuda para interponer una queja, llame al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

**ESPAÑOL (SPANISH):** Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

**傳統漢語(中文) (CHINESE):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。

# Cómo protegemos su privacidad

## Qué es y qué no es la información personal

Por “información personal”, hacemos referencia a la información que puede utilizarse para identificarle. Puede incluir información de salud y financiera. No incluye lo que el público puede ver fácilmente. Por ejemplo, cualquiera puede ver lo que cubre su plan.

## Cómo obtenemos información sobre usted

Obtenemos información sobre usted de muchas fuentes, incluido usted mismo. También obtenemos información de su empleador, de otras aseguradoras o de proveedores de atención médica como los médicos.

## En caso de información incorrecta

¿Cree que hay datos incorrectos o faltantes en su información personal? Puede pedirnos que lo cambiemos. La ley dice que debemos hacerlo en tiempo y forma. Si no estamos de acuerdo con su cambio, puede presentar una apelación. La información sobre cómo presentar una apelación se encuentra en nuestro sitio web para miembros. O puede llamar al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

## Cómo utilizamos esta información

Cuando la ley nos lo permite, utilizamos su información personal dentro y fuera de nuestra compañía. La ley indica que no necesitamos obtener su aprobación cuando lo hacemos. Podemos utilizarla para su atención médica o para gestionar nuestros planes. También podemos utilizar su información cuando pagamos reclamaciones o trabajamos con otras aseguradoras para pagarlas. Podemos utilizarla para tomar decisiones del plan, realizar auditorías o estudiar la calidad de nuestro trabajo. Esto significa que podemos compartir su información con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otros cuidadores. También podemos compartirla con otras aseguradoras, proveedores, oficinas gubernamentales o administradores externos. Sin embargo, por ley, todas estas partes deben mantener la privacidad de su información.

## Cuándo necesitamos su permiso

En ocasiones, sí necesitamos su permiso para revelar información personal. Esto se explica en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad, que entró en vigencia el 10 de octubre de 2020. Este aviso aclara cómo utilizamos o revelamos su información médica protegida (PHI):

- Por cuestiones de compensación laboral
- Según lo exija la ley
- Acerca de personas que fallecieron
- En caso de donación de órganos
- Para cumplir con nuestras obligaciones de acceso individual, así como en cumplimiento y aplicación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Para obtener una copia de este aviso, simplemente visite nuestro sitio web para miembros o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 Arzneimittelpfen. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. سيفوم 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 1-855-463-0933 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 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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、1-855-463-0933. にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

**Hawaiian:** He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001\_NR\_30475b\_2023\_C

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)



## Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare Assure Value (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
<b>LLAME AL</b>	1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece un servicio de interpretación oral gratuito para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b>	<a href="#">711</a> Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b>	Aetna Better Health of Virginia Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
<b>SITIO WEB</b>	Ingrese en <a href="https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp">AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp</a> o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web.

