

**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE™**

Denver Health Medical Plan

Elevate Medicare Select (HMO) ofrecido por Elevate Medicare Advantage de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP)

Aviso anual de cambios para 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro de Elevate Medicare Select (HMO). El próximo año, habrá cambios en los costos y en los beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

En este documento se comunican los cambios del plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. (También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo).

- **Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, puede realizar cambios en la cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted.

- Verifique los cambios en los costos y en los beneficios para ver si lo afectan.
 - Consulte los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la *Lista de medicamentos de 2023* para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: conozca las opciones de otros planes.

- Verifique la cobertura y los costos de otros planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o consulte la lista en el reverso del manual *Medicare y usted de 2023*.
- Una vez que usted reduzca su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: decida si desea cambiar de plan.

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, mantendrá Elevate Medicare Select (HMO).
- Para **cambiarse 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 2023**. Esto cancelará la inscripción en Elevate Medicare Select (HMO).
- Si recientemente se ha mudado a una institución, actualmente vive en ella o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o pasarse a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo alguno en español.
- Para obtener más información, llame al número de nuestros Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letras grandes u otros formatos alternativos.
- **La cobertura con este plan reúne los requisitos como cobertura médica calificadora (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Atención Médica Asequible (Affordable Care Act, ACA) y Protección del Paciente. Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Elevate Medicare Select (HMO)

- Elevate Medicare Advantage es un plan HMO aprobado por Medicare. La inscripción en Elevate Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.
- En los lugares en que se habla de “nosotros”, “a nosotros” o “nuestro” en este documento, se hace referencia a Elevate Medicare Advantage. Cuando se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Elevate Medicare Select (HMO).

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

Resumen de costos importantes para 2023.....		4
SECCIÓN 1	Cambios en los beneficios y en los costos para el próximo año.....	8
	Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	8
	Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo.....	8
	Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	9
	Sección 1.4: Cambios en los beneficios y en los costos de los servicios médicos	9
	Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.....	19
SECCIÓN 2	Decidir qué plan elegir	22
	Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Select (HMO)	22
	Sección 2.2: Si desea cambiar de planes.....	22
SECCIÓN 3	Fecha límite para cambiar de plan	23
SECCIÓN 4	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	24
SECCIÓN 5	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	24
SECCIÓN 6	¿Preguntas?	25
	Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Select (HMO).....	25
	Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26

Resumen de costos importantes para 2023

En la tabla a continuación se comparan los costos de Elevate Medicare Select (HMO) para 2022 y 2023 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.		
Prima mensual del plan ♦ Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para conocer los detalles.	\$39.80	\$0
Monto máximo de desembolso directo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará como desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y a Parte B. (Consulte la sección 1.2 para conocer los detalles).	\$4,400	\$4,700
Visitas al consultorio médico*	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita * Visitas al especialista: \$20 de copago por visita	Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita * Visitas al especialista: \$25 de copago por visita

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado*†</p>	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$742 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$325 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos <p>† Se requiere autorización previa para todos los servicios de rehabilitación aguda.</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$3 de copago por medicamento con receta (suministro para 1 mes) \$6 de copago por medicamento con receta (suministro para 2 mes) \$6 de copago por medicamento con receta (suministro para 3 mes) 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)</p> <ul style="list-style-type: none"> \$0 de copago por medicamento con receta para un suministro para 1 mes, 2 meses o 3 meses

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) \$9 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas (suministro para 1 mes) \$18 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas (suministro para 2 y 3 meses)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) 25% del costo total \$35 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 1 mes) 25% del costo total \$70 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 2 mes) 25% del costo total \$70 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 3 mes)</p>	<p>Nivel 2 (medicamentos genéricos) \$9 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas (suministro para 1 mes) \$18 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas (suministro para 2 y 3 meses)</p> <p>Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) \$47 de copago por medicamento con receta \$35 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 1 mes) \$94 de copago por medicamento con receta \$70 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 2 mes) \$141 de copago por medicamento con receta \$105 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta (suministro para 3 mes)</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación) (Consulte la sección 1.5 para conocer los detalles).</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) 50% del costo total por medicamento con receta (suministro para 1 mes) 50% del costo total por medicamento con receta (suministro para 2 mes) 50% del costo total por medicamento con receta (suministro para 3 mes)</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados) 33% del costo total por medicamento con receta (suministro para 1 mes) <u>Sin</u> cobertura para un suministro para 2 o 3 meses</p> <p>Nivel 6 (medicamentos selectos) \$0 de copago para un suministro para 1 mes, 2 meses o 3 meses</p>	<p>Nivel 4 (medicamentos de marca no preferidos) \$95 de copago por medicamento con receta (suministro para 1 mes) \$190 de copago por medicamento con receta (suministro para 2 mes) \$285 de copago por medicamento con receta (suministro para 3 mes)</p> <p>Nivel 5 (medicamentos especializados) 33% del costo total por medicamento con receta (suministro para 1 mes) <u>Sin</u> cobertura para un suministro para 2 o 3 meses</p> <p>Nivel 6 (medicamentos selectos) \$0 de copago para un suministro para 1 mes, 2 meses o 3 meses</p>

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$39.80	\$0

- La prima mensual del plan será mayor si tiene que pagar una penalización por inscripción tardía de por vida de la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en el monto máximo de desembolso directo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto de “desembolso directo” que se paga durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que llega a este monto, por lo general, deja de pagar los servicios de las Parte A y la Parte B cubiertos durante el resto del año.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Monto máximo de desembolso directo Los costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) se consideran para el monto máximo de desembolso directo. Los costos por los medicamentos con receta no se consideran para el monto máximo de desembolso directo.	\$4,400	\$4,700 Una vez que ha pagado \$4,700 de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, dejará de pagar por dichos servicios durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para obtener información actualizada de los proveedores o farmacias, o para solicitarnos que le enviemos un directorio por correo.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Consulte el *Directorio de proveedores de 2023* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. **Consulte el *Directorio de farmacias de 2023* para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, puede haber cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios del Plan de Salud para que podamos ayudarlo.

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

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información que se encuentra a continuación describe los cambios.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.		
Servicios de ambulancia	20% del costo total de los servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare † Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea (no de emergencia).	\$250 de copago por servicios de ambulancia terrestre y aérea cubiertos por Medicare † Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea (no de emergencia).

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca*</p>	<p>20% del costo total por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare</p> <p>20% del costo total de cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare</p>	<p>0% de copago por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare</p> <p>0% de copago por cada visita de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p>	<p>\$20 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare</p>	<p>\$10 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios dentales†</p>	<p>No hay límite de cobertura del plan para servicios dentales preventivos e integrales.</p>	<p>Beneficio máximo anual de \$2,000 para servicios dentales preventivos e integrales cada año</p>
<p>Atención de emergencia</p>	<p>\$80 de copago por cada servicio de emergencia cubierto por Medicare</p>	<p>\$110 de copago por cada servicio de emergencia cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de audición</p>	<p>\$20 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare y cada examen de audición de rutina complementario (cubierto cada tres años)</p> <p>\$20 de copago por cada visita de adaptación/evaluación de audífonos de rutina (una evaluación de adaptación para audífonos complementarios cada tres años)</p>	<p>\$0 de copago por cada examen de audición cubierto por Medicare y cada examen de audición de rutina complementario (cubierto cada tres años)</p> <p>\$0 de copago por cada visita de adaptación/evaluación de audífonos de rutina (visitas ilimitadas)</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Atención hospitalaria como paciente hospitalizado*†</p>	<p>Para estadías en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$742 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos 	<p>Para estadías en el hospital como paciente hospitalizado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$325 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico*†</p>	<p>Para estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$300 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$742 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos 	<p>Para estadías como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 5: \$325 de copago por día por cada período de beneficios • Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 91 al 150: \$778 de copago por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida) • Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Otros profesionales de atención médica (p. ej., enfermero profesional, asistente médico)</p>	<p>\$20 de copago por cada visita cubierta por Medicare</p>	<p>\$35 de copago por cada visita cubierta por Medicare</p>
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios e insumos terapéuticos*</p>	<p>20% del costo total de los procedimientos y las pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>20% del costo total de los servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare</p> <p>20% del costo total de las radiografías ambulatorias cubiertas por Medicare</p>	<p>\$0 de copago por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare</p> <p>\$35 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare realizado en un consultorio</p> <p>\$135 de copago por cada servicio radiológico de diagnóstico ambulatorio cubierto por Medicare realizado en un centro ambulatorio</p> <p>\$35 de copago por cada radiografía ambulatoria cubierta por Medicare realizada en un consultorio</p> <p>\$15 de copago por cada radiografía ambulatoria cubierta por Medicare realizada en un centro ambulatorio</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorias y servicios e insumos terapéuticos* (continuación)</p>	<p>20% del costo total de los servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	<p>\$35 de copago por cada servicio radiológico terapéutico ambulatorio cubierto por Medicare realizado en un consultorio</p> <p>\$60 de copago por cada servicio radiológico terapéutico ambulatorio cubierto por Medicare realizado en un centro ambulatorio</p>
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios*</p>	<p>20% del costo total de los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	<p>\$235 de copago por día por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p>	<p>20% del costo total de otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>	<p>\$0 de copago para colonoscopia/endoscopia de diagnóstico en servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>\$150 de copago por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria*†</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare</p>	<p>\$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios ofrecidos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios*</p>	<p>20% del costo total de los servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>20% del costo total de otros servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en centros hospitalarios ambulatorios</p>	<p>\$175 de copago por servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en un centro quirúrgico ambulatorio</p> <p>\$0 de copago para colonoscopia/endoscopia de diagnóstico en centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>\$235 de copago por otros servicios de cirugía ambulatoria cubiertos por Medicare brindados en centros hospitalarios ambulatorios</p>
<p>Envíos por correo de productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. No se transferirá la asignación trimestral que no utilice. Para pedir sus productos, envíe por correo o fax el formulario de pedido que se encuentra en nuestra página web. No se aceptan devoluciones ni reembolsos. Puede ver el catálogo y el formulario en www.denverhealthmedicalplan.org.</p>	<p>Cobertura trimestral de hasta \$150</p>	<p>Cobertura trimestral de hasta \$75</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Servicios de hospitalización parcial**†</p>	<p>20% del costo total de los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p>	<p>\$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de servicio del especialista médico cubierta por Medicare</p> <p>\$20 de copago por cada visita o procedimiento de servicios médicos cubiertos por Medicare</p>	<p>\$25 de copago por cada visita de servicio del especialista médico cubierta por Medicare</p> <p>\$35 de copago por cada visita o procedimiento de servicios médicos cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de podología*</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare</p> <p>20% del costo total por el cuidado de pies para diabéticos cubierto por Medicare</p>	<p>\$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare</p> <p>\$35 de copago por el cuidado de pies para diabéticos cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar*</p>	<p>20% del costo total de los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</p>	<p>\$20 de copago por servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)*</p>	<p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 100: \$194.50 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos 	<p>Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Días 1 al 20: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 21 al 44: \$188 de copago por día por cada período de beneficios • Días 45 al 100: \$0 de copago por día por cada período de beneficios • Días 101 y posteriores: Todos los costos
<p>Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas†</p> <p>Estos beneficios mencionados forman parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros cumplen con los requisitos.</p>	<p>Un tensiómetro con cobertura de hasta \$140 (cada tres años por miembro que cumpla con los requisitos)</p> <p>Los alimentos y productos <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Un tensiómetro con cobertura de hasta \$135 de por vida para los miembros que cumplan con los requisitos</p> <p>Tarjeta de alimentos saludables de Elevate: \$75 de asignación trimestral para comprar alimentos saludables con una tarjeta prepaga en los minoristas participantes. Su asignación está disponible cada trimestre a partir de enero, abril, julio y octubre. No se transferirá la asignación trimestral que no utilice. Sin reembolsos.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener detalles.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Terapia de ejercicio supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET)*</p>	<p>20% del costo total de cada visita de SET cubierta por Medicare</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de SET cubierta por Medicare</p>
<p>Servicios de telesalud</p>	<p>Los servicios de telesalud adicionales cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>\$40 de copago por servicios de atención de urgencia para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por servicios de atención primaria para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p> <p>*\$25 de copago por servicios especializados de médicos para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>* Se requiere remisión. † Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.</p>		
<p>Servicios de telesalud (continuación)</p>		<p>* \$0 de copago por servicios especializados de salud mental para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p> <p>* \$0 de copago por sesiones grupales de servicios especializados de salud mental para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p> <p>* \$0 de copago por servicios psiquiátricos para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p> <p>* \$0 de copago por sesiones grupales de servicios psiquiátricos para cada servicio de telesalud cubierto por Medicare</p>
<p>Servicios de atención de urgencia</p>	<p>\$20 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare</p>	<p>\$40 de copago por cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare</p>
<p>Atención de la visión</p>	<p>\$20 de copago por cada examen ocular cubierto por Medicare</p> <p>\$20 de copago por cada examen ocular de rutina</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos (lentes y marcos) cada año hasta \$250</p>	<p>\$0 de copago por cada examen ocular cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada examen ocular de rutina</p> <p>\$0 de copago por anteojos ilimitados (lentes y marcos) cada año hasta \$200</p>

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

Cambios en la *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos* cubiertos se llama *Formulario de medicamentos* o “*Lista de medicamentos*”. Se proporciona una copia electrónica de la *Lista de medicamentos*.

Hicimos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que incluyen cambios en la cobertura de medicamentos y cambios en las restricciones relacionadas con la cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios que están permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados no seguros por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en Internet para brindar la lista más actualizada.

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help” [Ayuda adicional]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no lo afecte.** Le enviamos un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de la *Evidencia de cobertura* para personas que reciben Extra Help (Ayuda adicional) para pagar medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2022, comuníquese con Servicios del Plan de Salud y solicite la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)”.

Existen cuatro “etapas para el pago de medicamentos”. La información que se encuentra a continuación muestra los cambios para el año que viene respecto de las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros nunca llega a las otras dos etapas, la etapa de brecha de cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicios del Plan de Salud para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido esté.

Obtener ayuda de Medicare: si eligió este plan porque estaba buscando una cobertura de insulina de \$35 al mes o menos, es importante saber que puede tener otras opciones para el año 2023 con costos aún más bajos debido a los cambios en el programa de la Parte D de Medicare. Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para obtener ayuda y comparar las opciones. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Recursos adicionales de ayuda: comuníquese con el número de Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: etapa de deducible anual	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en el costo compartido en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga la parte que le corresponde a usted.</p> <p>Los costos de esta fila corresponden al suministro para un mes (30 días) cuando adquiere su medicamento con receta en una farmacia de la red que ofrece costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o sobre los medicamentos con receta enviados por correo, consulte la sección 5 del capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: \$3 de copago por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos genéricos: \$9 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: 25% del costo total \$35 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: 50% del costo total por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos especializados: 33% del costo total por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos selectos: \$0 de copago por medicamento con receta</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: \$0 de copago por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos genéricos: \$9 de copago por medicamento con receta, incluidas las insulinas selectas</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: \$47 de copago \$35 de copago para insulinas selectas por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: \$95 de copago por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos especializados: 33% del costo total por medicamento con receta</p> <p>Medicamentos selectos: \$0 de copago por medicamento con receta</p>

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).	Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la etapa de brecha de cobertura).

Etapa de brecha de cobertura

Elevate Medicare Select (HMO) ofrece cobertura de brecha adicional para las insulinas selectas. Durante la etapa de brecha de cobertura, los costos de desembolso directo de las insulinas selectas serán de \$9 o \$35 para un suministro de un mes.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Select (HMO)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Elevate Medicare Select (HMO).

Sección 2.2: Si desea cambiar de planes

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para el 2023, siga estos pasos:

Paso 1: conozca sus opciones y compárelas.

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare;
- —*O BIEN*— puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la sección 1.1 para obtener información sobre una posible penalización por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y usted de 2023*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 4) o llame a Medicare (consulte la sección 6.2).

Paso 2: cambie su cobertura.

- Para cambiarse a **otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Select (HMO) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará su inscripción en Elevate Medicare Select (HMO) automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para que se cancele su inscripción. Comuníquese con Servicios del Plan de Salud si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - —*O bien*— puede ponerse en contacto con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo entre **el 15 de octubre y el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2023.

¿Hay otros momentos del año para hacer el cambio?

En ciertas situaciones, también se permiten cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, los que reciben “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o abandonan la cobertura de un empleador, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Si usted se inscribió en un plan Medicare Advantage antes del 1 de enero de 2023 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si recientemente se ha mudado a una institución, actualmente vive en ella o acaba de salir de una (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 (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno independiente con asesores capacitados en cada estado. En Colorado, SHIP se llama Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento local **gratuito** sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) pueden ayudarlo con los problemas y preguntas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas acerca de cambios de planes. Puede llamar al Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) al 1-888-696-7213. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado (Colorado SHIP) visitando su sitio web (www.dora.colorado.gov).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. A continuación enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para “Extra Help” (Ayuda adicional) para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplan con los requisitos no tendrán una brecha de cobertura ni una penalización por inscripción tardía. Para ver si cumple con los requisitos, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social (Social Security Office) al 1-800-772-1213, 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 1-800-325-0778.
 - Su oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Colorado tiene un programa llamado Programa Estatal de Asistencia para Medicamentos (SDAP) de Colorado que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según la necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.

- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (ADAP) ayuda a las personas que son elegibles para recibir los beneficios de ADAP y que viven con VIH/sida a acceder a medicaciones contra el VIH que permiten salvar vidas. Las personas deben cumplir con ciertos requisitos, que incluyen pruebas de residencia en ese estado y de su condición respecto del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo define el estado, y pruebas de que no tienen seguro o tienen un seguro que cubre poco. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para recibir asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida de Colorado (ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 303-692-2716 de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Select (HMO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2023* (incluye detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* es un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* de Elevate Medicare Select (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En esta se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos y los medicamentos con receta. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para pedirnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web.

Puede también visitar nuestro sitio web en www.denverhealthmedicalplan.org. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y la lista de medicamentos cubiertos (*Formulario de medicamentos/Lista de medicamentos*).

Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para recibir información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare.

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de estrellas de calidad que lo ayudarán a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y usted de 2023*.

Lea el manual *Medicare y usted de 2023*. Este folleto se envía por correo todos los años en otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes que se hacen sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso multilingüe

Servicios de intérpretes multilingües

Inglés: 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 1-877-956-2111. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Español: 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 1-877-956-2111. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chino mandarín: 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 1-877-956-2111。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chino cantonés: 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 1-877-956-2111。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 1-877-956-2111. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Francés: 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 1-877-956-2111. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamita: 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 1-877-956-2111 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Alemán: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-956-2111. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Coreano: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-956-2111 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Ruso: 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 1-877-956-2111. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Árabe: 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 1-877-956-2111. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-956-2111।

पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italiano: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-956-2111.

Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: 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 1-877-956-2111. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Criollo francés: 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 1-877-956-2111. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polaco: 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 1-877-956-2111. Ta usługa jest bezpłatna.

Japonés: 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、1-877-956-2111. 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