



## ***Elevate Medicare Select (HMO) ofrecido por Elevate Medicare Advantage (Elevate Medicare Advantage)***

# **Aviso anual de cambios para 2025**

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 5 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 [DenverHealthMedicalPlan.org](https://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 beneficios y en los costos para ver si lo afectan.
  - Consulte los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de las coberturas y los costos compartidos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Verifique los cambios en la “*Lista de medicamentos*” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente estén cubiertos.
  - Compare la información del plan 2024 y 2025 para ver si alguno de estos medicamentos pasa a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad, para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si cumple con los requisitos para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta. Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare.

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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o consulte la lista en el reverso del manual *Medicare y usted de 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.

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 2024, permanecerá en 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 2025**. Esto cancelará la inscripción en Elevate Medicare Select (HMO).
- Si recientemente se ha mudado o vive en una institución (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 separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se ha mudado de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

**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 al número gratuito 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. Esta llamada es gratuita.
- Esta información también está disponible en braille, letras grandes o audio.
- **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](http://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 (Elevate Medicare Advantage). Cuando se habla de “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a Elevate Medicare Select (HMO).

---

H5608\_002ANOC25\_M

## Aviso anual de cambios para 2025 Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>		<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1</b>	<b>Cambios en los beneficios y en los costos para el próximo año .....</b>	<b>8</b>
	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 las redes 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.....	16
<b>SECCIÓN 2</b>	<b>Cambios administrativos .....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 3</b>	<b>Decidir qué plan elegir .....</b>	<b>21</b>
	Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Elevate Medicare Select (HMO) .....	21
	Sección 3.2: Si desea cambiar de planes.....	22
<b>SECCIÓN 4</b>	<b>Fecha límite para cambiar de plan .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5</b>	<b>Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 6</b>	<b>Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 7</b>	<b>¿Preguntas? .....</b>	<b>25</b>
	Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Elevate Medicare Select (HMO).....	25
	Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26

## Resumen de costos importantes para 2025

En la tabla a continuación se comparan los costos de Elevate Medicare Select (HMO) para 2024 y 2025 en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.		
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$0	\$0
* Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la sección 1.1 para obtener detalles.		
<b>Monto máximo de desembolso directo</b>	\$4,900	\$6,750
Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de desembolso directo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1.2 para obtener detalles).		
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$15 de copago por visita, \$35 de copago por procedimiento menor en el consultorio de un especialista</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita</p> <p>Visitas al especialista: \$15 de copago por visita, \$35 de copago por procedimiento menor en el consultorio de un especialista</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Estadías en el hospital†</b></p>	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$250 por día por cada período de beneficio</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 por día por cada período de beneficio</li> <li>• Días 91 al 150: \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul>	<p>El plan cubre 90 días por período de beneficios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$350 por día por cada período de beneficio</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 por día por cada período de beneficio</li> <li>• Días 91 al 150: \$816 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos):</b> \$0 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 2 (genéricos):</b> \$9 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 3 (marca preferida):</b> \$47 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 4 (marca no preferida):</b> \$95 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 5 (nivel de medicamento especializado):</b> 33% del costo total en una farmacia de la red</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 1 (genéricos preferidos):</b> \$0 en una farmacia de la red preferida o \$15 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 2 (genéricos):</b> \$9 en una farmacia de la red preferida o \$20 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 3 (marca preferida):</b> \$45 en una farmacia de la red preferida o \$47 en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 4 (marca no preferida):</b> \$95 en una farmacia de la red preferida o \$100 en una farmacia de la red</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b> (Consulte la sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 6 (medicamentos selectos):</b> \$0 en una farmacia de la red</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo completo de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de nivel 5 (nivel de medicamento especializado):</b> 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red</li> <li>• <b>Medicamentos de nivel 6 (medicamentos selectos):</b> \$0 en una farmacia de la red preferida o \$0 en una farmacia de la red</li> </ul> <p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y en 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 continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$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 usted 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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo de desembolso directo</b> 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.	\$4,900	\$6,750  Una vez que ha pagado \$6,750 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 las redes de proveedores y farmacias

Los montos que usted 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, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, que pueden ofrecerle un costo compartido inferior que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://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, que le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

No hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año.

No hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año.

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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
† Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.		
<b>Servicios de ambulancia</b>	Se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea de Medicare que no son de emergencia.	No se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia aérea de Medicare que no son de emergencia.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b>	Se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.  Se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	No se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.  No se requiere remisión para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>FlexCard:</b>  <i>Asignación para artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) y alimentos saludables</i></p>	<p>Recibirá hasta \$600 al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$75 por trimestre para artículos OTC</li> <li>• \$75 por trimestre para alimentos saludables</li> </ul> <p>La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros cumplen con los requisitos.</p>	<p>Recibirá hasta \$820 al año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$130 por trimestre para artículos OTC</li> <li>• \$75 por trimestre para alimentos saludables</li> </ul> <p>La asignación para alimentos saludables es un beneficio especial para las personas con enfermedades crónicas y no todos los miembros cumplen con los requisitos. Se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura. Las afecciones elegibles incluyen las siguientes: alcoholismo crónico y otra dependencia de drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática en fase terminal, enfermedad renal en fase terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), trastornos hematológicos graves, VIH/sida, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas y discapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular.</p>
<p><b>Atención por parte de una agencia de atención médica a domicilio†</b></p>	<p>Se requiere remisión para los servicios de una agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>	<p>No se requiere remisión para los servicios de una agencia de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Atención hospitalaria como paciente hospitalizado†</b></p>	<p>Para las estadias en el hospital cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$250 por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul>	<p>Para las estadias en el hospital cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$350 por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$816 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</b></p>	<p>Para las estadias como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$250 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$800 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul> <p>Se requiere autorización previa para las estadias como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare.</p>	<p>Para las estadias como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1 al 5: \$350 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 6 al 90: \$0 de copago por día por cada período de beneficios</li> <li>• Días 91 al 150: \$816 por día por cada “día de reserva de por vida” (hasta 60 días de por vida)</li> <li>• Más allá de los días de reserva de por vida: Todos los costos</li> </ul> <p>No se requiere autorización previa para las estadias como paciente hospitalizado de salud mental cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Servicios para enfermedades renales</b></p>	<p>Se requiere remisión para los servicios de diálisis renal.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios de educación sobre enfermedades renales.</p>	<p>No se requiere remisión para los servicios de diálisis renal.</p> <p>No se requiere remisión para los servicios de educación sobre enfermedades renales.</p>
<p><b>Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides</b></p>	<p>Se requiere remisión para los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides.</p>	<p>No se requiere remisión para los servicios del Programa de Tratamiento de Opioides.</p>
<p><b>Servicios de sangre para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Se requiere remisión para los servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>	<p>No se requiere remisión para los servicios de sangre para pacientes ambulatorios.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Se requiere remisión para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico ambulatorios.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios de laboratorio ambulatorios.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios.</p> <p>Se requiere remisión para los servicios de radiografía ambulatorios.</p> <p>Se requiere remisión para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico ambulatorios.</p>	<p>No se requiere remisión para procedimientos o pruebas de diagnóstico ambulatorios.</p> <p>No se requiere remisión para los servicios de laboratorio ambulatorios.</p> <p>No se requiere remisión para los servicios radiológicos de diagnóstico ambulatorios.</p> <p>No se requiere remisión para los servicios radiológicos terapéuticos ambulatorios.</p> <p>No se requiere remisión para los servicios de radiografía ambulatorios.</p> <p>No se requiere remisión para procedimientos o pruebas de diagnóstico ambulatorios.</p>
<p><b>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Se requiere remisión para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>	<p>No se requiere remisión para los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</p>
<p><b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>Se requiere remisión para las sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p> <p>Se requiere remisión para las sesiones de terapia grupal cubiertas por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p> <p>Se requiere remisión para las visitas de terapia individual con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p>	<p>No se requiere remisión para las sesiones de terapia individual cubiertas por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p> <p>No se requiere remisión para las sesiones de terapia grupal cubiertas por Medicare con un profesional de atención de salud mental (no psiquiatra).</p> <p>No se requiere remisión para las visitas de terapia individual con un psiquiatra cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</b>	Se requiere remisión para las visitas de terapia grupal con un psiquiatra cubiertas por Medicare.	No se requiere remisión para las visitas de terapia grupal con un psiquiatra cubiertas por Medicare.
<b>Servicios de rehabilitación ambulatoria†</b>	Se requiere remisión para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. Se requiere remisión para los servicios de terapia física y del habla.	No se requiere remisión para los servicios de terapia ocupacional cubiertos por Medicare. No se requiere remisión para los servicios de terapia física o del habla.
<b>Servicios para casos de trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Se requiere remisión para las sesiones individuales cubiertas por Medicare para tratar el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios. Se requiere remisión para las sesiones grupales cubiertas por Medicare para tratar el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios.	No se requiere remisión para las sesiones individuales cubiertas por Medicare para tratar el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios. No se requiere remisión para las sesiones grupales cubiertas por Medicare para tratar el abuso de sustancias en pacientes ambulatorios.
<b>Cirugía ambulatoria</b>	Se requiere remisión para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Se requiere remisión para los servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.	No se requiere remisión para los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. No se requiere remisión para los servicios en un centro quirúrgico ambulatorio.
<b>Hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</b>	Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	No se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios del médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio del médico</b>	Se requiere remisión para los servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare. Se requiere remisión para los servicios brindados por otros profesionales de atención médica.	No se requiere remisión para los servicios de médicos especialistas cubiertos por Medicare. No se requiere remisión para los servicios brindados por otros profesionales de atención médica.
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>	Se requiere remisión para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	No se requiere remisión para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
<b>Atención de la visión</b>	Hasta \$380 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año	Hasta \$220 por lentes de contacto con receta o anteojos (lentes y marcos) cada año

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

### Cambios en nuestra *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 podrían incluir la eliminación o adición de medicamentos, el cambio de las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o su paso a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte la *Lista de medicamentos* para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá algunas restricciones, o si su medicamento se ha cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos mensualmente para brindar la lista más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que toma, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el capítulo 9 de 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.

Actualmente podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra *Lista de medicamentos* si lo reemplazamos por una nueva versión de medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior, y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al añadir un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra *Lista de medicamentos*, pero pasarlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por un biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que hagamos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el capítulo 12 de la *Evidencia de cobertura*. La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios del Plan de Salud o solicitar más información a su proveedor de atención médica, persona que emite la receta o farmacéutico.

### **Cambios en los beneficios y en los costos de 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 prospecto 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 de subsidio por bajos ingresos [Low Income Subsidy, LIS]), que le explica los costos de sus medicamentos. Si recibe “Extra Help” (Ayuda adicional) y no ha recibido este prospecto para el 30 de septiembre, llame a Servicios del Plan de Salud y solicite la Cláusula adicional LIS.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la etapa de deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. La etapa de brecha de cobertura y el Programa de Descuento para Brecha de Cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento para Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento para Fabricantes. En el Programa de Descuento para Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuento para Fabricantes no cuentan para los costos de desembolso directo.

**Cambios en la etapa de deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 1: etapa de deducible anual</b>	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	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y <b>usted paga la parte que le corresponde a usted.</b></p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p><b>Nivel 1 (genérico preferido):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes es:</p> <p><b>Nivel 1 (genérico preferido):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$15 por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>                      usted paga \$0 por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Cambiamos el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra <i>Lista de medicamentos</i>. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la <i>Lista de medicamentos</i>.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p><b>Nivel 2 (genérico):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$9 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 4 (marca no preferida):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de medicamento especializado):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga el 33% del costo total por medicamento con receta.</p>	<p><b>Nivel 2 (genérico):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$20 por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>                      usted paga \$9 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 (marca preferida):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$47 por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>                      usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 4 (marca no preferida):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga \$100 por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>                      usted paga \$95 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 (nivel de medicamento especializado):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>                      usted paga el 33% del costo total por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>                      usted paga el 33% del costo total por medicamento con receta.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>            usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (la etapa de brecha de cobertura).</p>	<p><b>Nivel 6 (medicamentos selectos):</b>  <i>costo compartido estándar:</i>            usted paga \$0 por medicamento con receta.  <i>costo compartido preferido:</i>            usted paga \$0 por medicamento con receta.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de desembolso directo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

### Cambios en la etapa de cobertura catastrófica

La etapa de cobertura catastrófica es la tercera y última etapa. A partir de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y biológicos cubiertos de la Parte D durante la etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en el Programa de Descuento para Fabricantes no cuentan para los costos de desembolso directo.

### Si alcanza la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare</b>	No corresponde.	<p>El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de medicamentos repartidos en <b>pagos mensuales que varían durante el año</b> (enero a diciembre).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="https://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</li> </ul>

## SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

### Sección 3.1: 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 3.2: Si desea cambiar de planes

---

Esperamos seguir teniéndolo como miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para el 2025, 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted de 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la sección 5), o llame a Medicare (consulte la sección 7.2).

Como recordatorio, Elevate Medicare Advantage ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en la cobertura, las primas mensuales y los montos de los costos compartidos.

### Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribábase 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**, inscribábase 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 cancelar la inscripción. Comunicarse 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 4 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 2025.

### ¿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 2025 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 2025.

Si recientemente se ha mudado a una institución o actualmente vive en ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), usted 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. Si recientemente se ha mudado de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mude.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

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 pueden ayudarlo con los problemas y las 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 al 1-888-696-7213. Puede obtener más información sobre el Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Colorado visitando su sitio web (<https://doi.colorado.gov>).

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

Es posible que usted cumpla con 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 sus medicamentos, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplan con los requisitos no tendrán 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.
  - A 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; o
  - a su oficina estatal de Medicaid.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/sida.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el Sida (Drug Assistance Program, 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. Para ser elegibles para recibir los beneficios del ADAP que opera en su estado, 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 de Colorado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia para Medicamentos de Colorado al 303-692-2716. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.
- **El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los costos de desembolso directo de los medicamentos a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos repartiéndolos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce sus costos de medicamentos.**

La “Extra Help” (Ayuda adicional) de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y de ADAP, para aquellos que cumplen con los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 (solo TTY, llame al 711), o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1: 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 al número gratuito 1-877-956-2111. (Únicamente los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea *Evidencia de cobertura de 2025* (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 2025. Para obtener detalles, consulte *Evidencia de cobertura de 2025* 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 *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.DenverHealthMedicalPlan.org). También puede llamar a Servicios del Plan de Salud para solicitarnos que le enviemos la *Evidencia de cobertura* por correo.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [DenverHealthMedicalPlan.org](https://www.DenverHealthMedicalPlan.org). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario de medicamentos/Lista de medicamentos*).

---

## Sección 7.2: 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](http://www.medicare.gov)). Allí encontrará información sobre los costos, la cobertura y las 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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare y usted de 2025***

Lea el manual *Medicare y usted de 2025*. Este documento se envía por correo postal 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** : إنا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على 1-877-956-2111. يرجى الاتصال بالرسالة ، يرجى توفير معلومات على 1-877-956-2111 العربية . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-877-956-2111 .

**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。

Formulario CMS-10802  
(Vence el 12/31/25)