

VillageHealth (HMO POS C-SNP) ofrecido por SCAN Health Plan

Notificación anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de VillageHealth.

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en VillageHealth.
- Para cambiarse a **otro plan**, visite www.Medicare.gov o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y usted 2026*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. En la *Evidencia de cobertura* encontrará más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en www.villagehealthca.com o llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en Español.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. El horario de atención es Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Cerramos la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responder en el plazo de un día laborable. Esta llamada es gratuita.
- También podemos brindarle gratuitamente información en letra grande, en sistema braille, en una grabación de audio o en formatos alternativos si lo requiere.

Acerca de VillageHealth

- VillageHealth (HMO POS C-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de una renovación del contrato.
- Cuando este material dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, significa hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa a VillageHealth.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en VillageHealth.** A partir del 1 de enero de 2026, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de VillageHealth. Ingrese en la sección 3 para obtener más

información sobre cómo cambiar los planes y las fechas límites para realizar un cambio.

H5943-003

Y0057_SCAN_21914_2026_M

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	9
Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual	9
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	10
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	10
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D	17
Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	24
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes	25
Sección 3.1 Plazo para el cambio de plan	25
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	26
SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta	26
SECCIÓN 5 Preguntas	27
Cómo recibir ayuda de VillageHealth	27
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare	28
Obtenga ayuda de Medicare	28

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener detalles.	\$0	\$6.30
Deducible	\$257, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.	\$257, excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero. Este es un monto deducible 2025 y puede cambiar por 2026.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. (Ingresa en la sección 1.2 para obtener más detalles).	Dentro y fuera de la red \$9,350	Dentro y fuera de la red \$9,250
Visitas al consultorio de atención primaria	Dentro y fuera de la red \$0 copago por visita.	Dentro y fuera de la red \$0 copago por visita.
Consultas a especialistas	Dentro y fuera de la red 20 % del costo total por visita.	Dentro y fuera de la red \$0 copago por visita.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Hospitalizaciones Incluye internación para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.	Dentro y fuera de la red Deducible de \$1,676 para los días 1-60, \$419 copago por día para los días 61-90 y \$838 copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio.	Dentro y fuera de la red \$1,676 Usted paga un deducible para los días 1-60, un copago de \$419 por día para los días 61-90 y un copago de \$838 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1.7 para obtener más detalles).	\$370 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.	\$370 excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la sección 1.7 para obtener más información, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura catastrófica).	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: - Medicamento de Nivel 1: \$5 por receta (Costo compartido estándar suministro para 30 días) \$0 por receta (Costo compartido preferido suministro para 30 días)	Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamento de Nivel 1: \$5 por receta (Costo compartido estándar suministro para 30 días) \$0 por receta (Costo compartido preferido suministro para 30 días)

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	- Medicamento de Nivel 2: \$7 por receta (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) \$2 por receta (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)	Medicamento de Nivel 2: \$7 por receta (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) \$2 por receta (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	Medicamento de Nivel 3: 25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)	Medicamento de Nivel 3: 25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) Usted paga \$35 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
	- Medicamento de Nivel 4: 25 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) - Medicamento de Nivel 5: 25 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) Etapas de Cobertura Catastrófica: - Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Medicamento de Nivel 4: 25 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) Medicamento de Nivel 5: 25 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) 25 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) Etapas de Cobertura Catastrófica: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la prima del plan mensual

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima del plan mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$6.30

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía - la prima mensual de su plan *aumentará* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos más altos - Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos de Medicare.
- Ayuda adicional - Su prima mensual será *menor* si recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 4 acerca de Ayuda adicional de Medicare.

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

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) cuentan para el monto máximo de su bolsillo. La prima del plan y los costos de sus medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	Dentro y fuera de la red \$9,350	Dentro y fuera de la red \$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el 2026 *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio de mitad de año en nuestros proveedores, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que usted paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido más bajo que el estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el 2026 *Directorio de proveedores y farmacias* www.villagehealthca.com para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en www.villagehealthca.com.
- Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si lo afecta un cambio en nuestras farmacias, llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios medicos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención de salud mental para pacientes internados	Dentro y fuera de la red Deducible de \$1,676 para los días 1-60, \$419 copago por día para los días 61-90 y \$838 copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio.	Dentro y fuera de la red deducible de \$1,676 para los días 1-60, \$419 copago por día para los días 61-90 y \$838 copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención domiciliaria	Dentro de la red \$0 copago para hasta 28 horas de servicios de atención de relevo en el hogar por año. Para calificar para este beneficio, los servicios de atención domiciliaria deben solicitarse dentro de los 7 días posteriores a que el miembro sea dado de alta de un hospital o centro de enfermería especializada.	Dentro de la red \$0 copago para hasta 100 horas de servicios de atención de relevo en el hogar por año. Para calificar para este beneficio, los servicios de atención domiciliaria deben solicitarse dentro de los 15 días hábiles posteriores al alta hospitalaria o de un centro de enfermería especializada, o a una cirugía ambulatoria de rodilla o cadera. Los miembros que necesiten asistencia con dos o más actividades de la vida diaria (AVD) también califican. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Atención hospitalaria para pacientes internados	Dentro y fuera de la red Deducible de \$1,676 para los días 1-60, \$419 copago por día para los días 61-90 y \$838 copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio.	Dentro y fuera de la red deducible de \$1,676 para los días 1-60, \$419 copago por día para los días 61-90 y \$838 copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficio. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.
Cognifit (Aptitud de la memoria)	Dentro de la red \$0 copago dentro para Cognifit (Aptitud de la memoria).	Dentro de la red Cognifit (Aptitud de la memoria) <u>no</u> está cubierto.
Comestibles (SSBCI), artículos de venta libre (OTC) (SSBCI), servicios públicos (SSBCI)	Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$50 por mes para beneficios de comestibles (SSBCI), artículos OTC y servicios públicos (SSBCI). Los OTC <u>no</u> requieren elegibilidad para SSBCI.	Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$125 por mes con la tarjeta FlexEssentials. Este monto se puede gastar en beneficios de comestibles (SSBCI), artículos OTC (SSBCI) y servicios públicos (SSBCI). Los artículos OTC requieren elegibilidad para SSBCI. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamentos de la Parte B	Dentro y fuera de la red Los medicamentos de la Parte B <u>no</u> están sujetos a los requisitos de la terapia escalonada.	Dentro de la red Los medicamentos seleccionados de la Parte B pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada. Para obtener más información, revise el Capítulo 4 de su <i>Evidencia de cobertura</i> . La terapia escalonada es una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar la afección médica antes de que cubramos el medicamento que el doctor le recetó inicialmente.
Programa de Asistencia para la Memoria de Care (Care Memory Assistance Program, Care MAP)	Dentro y fuera de la red El Programa de Asistencia para la Memoria (Care Memory Assistance Program, Care MAP) <u>no</u> está cubierto.	Dentro de la red \$0 de copago dentro de la red para Care MAP, que proporciona evaluación, planificación de la atención, capacitación para cuidadores y una línea de soporte las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para personas con un diagnóstico o en riesgo de demencia. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.
Servicios de acupuntura (cubiertos por Medicare)	Dentro y fuera de la red Un 20 % del costo total por visita.	Dentro y fuera de la red \$0 copago por visita.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de telesalud - Atención médica urgente - Salud conductual	Dentro y fuera de la red Los servicios de telesalud <u>no</u> están cubiertos.	Dentro de la red \$0 copago por visita virtual. Consulte su Evidencia de cobertura para obtener más detalles.
Servicios dentales (de rutina/no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Tiene un plan dental a través de Delta Dental. Este plan <u>no</u> ofrece cobertura dental fuera de la red.	Dentro y fuera de la red Tiene un plan dental con un \$2,000 subsidio de a través de un nuevo socio: DentaQuest. No es necesario que seleccione a un dentista de atención primaria. Este plan ofrece cobertura dental dentro y fuera de la red para servicios dentales preventivos e integrales. Solo los servicios integrales se aplican al subsidio. Los servicios dentales integrales incluyen, entre otros, • Empastes y coronas • Tratamientos de conducto • Dentaduras postizas y puentes • Extracciones y cirugía oral • Implantes

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	Dentro de la red \$0 copago por día para los días 1-20 y \$209.50 copago por día para los días 21-100.	Dentro de la red \$0 copago por día para los días 1-20 y \$209.50 copago por día para los días 21-100. Estos son 2025 del monto del costo compartido y puede cambiar para 2026. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.
Visitas al consultorio del médico - Especialistas	Dentro y fuera de la red Un 20 % del costo total por visita.	Dentro y fuera de la red \$0 copago por visita.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura para medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá restricciones, o si su medicamento ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, 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, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o intentar encontrar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, 2025, llame a Servicios para Miembros en 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY llaman a 711) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pago de medicamentos

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de interrupción en la cobertura y el

Programa de descuento durante el período de interrupción de la cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

- ***Etapas 1: Deducible Anual***

Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado hasta alcanzar el deducible anual.

- ***Etapas 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte del costo de los medicamentos que le corresponde y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año a la fecha alcanzan \$2,100.

- ***Etapas 3: Cobertura catastrófica***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuento durante el período sin cobertura fue reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Con el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuento del fabricante no cuentan para los gastos de su bolsillo.

Costos de medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Del deducible anual	\$370 Durante esta etapa, usted paga \$0 del costo compartido para los medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas para un suministro de un mes (30 días), \$5 del costo compartido para medicamentos en el Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias estándares para un suministro de un mes (30 días) y el costo total de los medicamentos en el Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado hasta que haya alcanzado el deducible anual.	\$370 Durante esta etapa, usted paga \$0 del costo compartido para los medicamentos del Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas para un suministro de un mes (30 días), \$5 del costo compartido para medicamentos en el Nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias estándares por un suministro de un mes (30 días) y el costo completo de los medicamentos Nivel 2: Genéricos, Nivel 3: Marca preferida, Nivel 4: Medicamento no preferido, y Nivel 5: Nivel especializado hasta que haya alcanzado su deducible anual.

Costos de medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costos compartidos estándar y preferidos.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos para un suministro a largo plazo; o en una farmacia de la red que ofrezca distribución de costos preferidos; o para recetas de pedidos por correo postal, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 1: Genéricos preferidos	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$5. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$5. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$5. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$0. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 2: Genéricos	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$7. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$7. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$2.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga \$7. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$7. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga \$2. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$2.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 3: Marca preferida	<i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos. Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 25 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos. Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 25 % del costo total.	Costo compartido estándar: usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos. Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 25 % del costo total. Costo compartido preferido: usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos. Usted paga \$35 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 25 % del costo total.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nivel 4: Medicamento no preferido	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total.
Nivel 5: Nivel especializado	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total.	<i>Costo compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total. <i>Costo compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total. Su costo para una receta de pedido por correo de un mes es de 25 % del costo total.

Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

Para información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La tabla a continuación compara los cambios administrativos para el año siguiente:

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cambio de PBP	Matriculado en VillageHealth (H5943-001).	Matriculado en VillageHealth (H5943-003).
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Es posible que esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente por 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY llaman al 1-800-716-3231) o visite www.Medicare.gov .
Requisitos de elegibilidad para SSBCI	La elegibilidad para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos incluye una lista ampliada de afecciones crónicas, como trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, cáncer y trastornos pulmonares crónicos.	La elegibilidad para beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos incluye una lista ampliada de afecciones crónicas además de enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, enfermedades pulmonares o demencia. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener una lista completa y

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
		conocer los cambios en los requisitos de elegibilidad aplicables.

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de planes

Para permanecer en VillageHealth, no tiene que hacer nada más. A menos que se inscriba en un plan diferente o se cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro VillageHealth.

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscribese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para cancelar la inscripción en línea en www.villagehealthca.com. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (vaya a Sección 1.1).
- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes Medicare,** visite www.Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted 2026* o llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la sección 5), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Sección 3.1 Plazo para el cambio de plan

Las personas con Medicare pueden realizar cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026, y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con la cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o cambiar a Medicare Original (sea con o sin la cobertura de medicamentos de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, es posible que las personas tengan otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que:

- Tienen Medicaid.
- Reciben “Ayuda adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos.
- Abandonaron o abandonarán la cobertura de un empleador.
- Abandonarán el área de servicio de nuestro plan.

Si se ha mudado recientemente o vive en la actualidad en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Usted puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se muda.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **“Ayuda adicional” (Extra Help) de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir Ayuda adicional (Extra Help) para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para el plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - Administración de Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles 24 horas al día. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.
 - a la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado (SPAP).** California tiene un programa llamado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud

(SHIP). Para obtener el número de teléfono de su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

- **Asistencia para Gastos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el tratamiento del VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluyendo comprobantes de residencia en el estado y condición del VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado, y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la ayuda de costo compartido de medicamentos recetados a través de Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo ayuda, llame al 1-844-421-7050. Cuando llame, asegúrese de indicar el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza.
- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional (Extra Help) de Medicare y la ayuda del SPAP y ADAP, para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en la opción de pago del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 5 Preguntas

Cómo recibir ayuda de VillageHealth

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Estamos disponibles para recibir llamadas en el siguiente horario: Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Cerramos

la mayoría de los días festivos federales. Fuera del horario de atención, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días festivos y fuera de nuestro horario comercial se responder en el plazo de un día laborable. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su 2026 Evidencia de Cobertura**

Este *Aviso de Cambio Anual* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *2026 Evidencia de cobertura* para VillageHealth. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.villagehealthca.com o llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite www.villagehealthca.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el SHIP recibe el nombre de Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Llame a Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro médico. Pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Llame a Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Obtenga más información sobre Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) en aging.ca.gov/hicap/.

Obtenga ayuda 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 pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con www.Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare.

- **Lea *Medicare & usted 2026***

El manual *Medicare & usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en otoño. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en www.Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SCAN Health Plan/VillageHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan ofrece ayudas y servicios gratuitos para las personas con discapacidades para que se puedan comunicar sin problema con nosotros, tales como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). SCAN Health Plan ofrece servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja en persona, por teléfono, correo o fax, en:

SCAN Health Plan - VillageHealth
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22644
Long Beach, CA 90801-5644

VillageHealth Member Services
PHONE: 1-800-399-7226
FAX: 1-562-989-0958
TTY: 711

O rellenando el formulario "Presentar una queja" en nuestro sitio web en:
www.scanhealthplan.com/Help-Center/Contact-Us/File-A-Grievance

Si necesita ayuda rellenando una queja, los Servicios para Miembros de SCAN están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Los formularios de queja están disponibles en: www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California, Oficina de Derechos Civiles (California Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al 711 (Servicios de retransmisión de telecomunicaciones).
- Por escrito: Rellene un formulario de queja o envíe una carta a:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- De forma electrónica: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-399-7226. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-399-7226. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-800-399-7226 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-800-399-7226 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-800-399-7226. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-399-7226. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-399-7226 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-399-7226 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسٹ با شماره 1-800-399-7226 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-800-399-7226. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご利用になるには、1-800-399-7226 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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-800-399-7226. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-800-399-7226 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-800-399-7226។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-399-7226. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

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 1-800-399-7226 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-399-7226 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-399-7226. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-399-7226. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-399-7226. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-800-399-7226. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-399-7226. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-399-7226. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-399-7226. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-399-7226. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-399-7226. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.