



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

Notificación anual de cambios para 2024

En la actualidad, está inscrito como miembro de VillageHealth. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, www.villagehealthca.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarles que le envíen por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año siguiente.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use la función de búsqueda

personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

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

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, 2023, permanecerá en VillageHealth.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará en el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en VillageHealth.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Esta llamada es gratis.
- También podemos brindarle gratuitamente información en letra grande, en sistema braille, en una grabación de audio o en formatos alternativos si lo requiere.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de 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. El Plan de Punto de Servicio (POS) es un Plan de Atención Administrada de Medicare que le permite la opción de recibir servicios específicos fuera de la red de proveedores del plan. En algunas instancias, puede haber un costo adicional por estos servicios.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” se hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a VillageHealth.

H5943-002

Y0057_SCAN_20680_2024_M

Aviso anual de cambios para 2024

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2024		5
SECCIÓN 1	Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	10
	Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	10
	Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	10
	Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	11
	Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
	Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	14
SECCIÓN 2	Cambios administrativos	19
SECCIÓN 3	Cómo decidir qué plan elegir	19
	Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth	19
	Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4	Plazo para el cambio de plan	20
SECCIÓN 5	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
SECCIÓN 6	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	21
SECCIÓN 7	¿Preguntas?	22
	Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth	22
	Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	23

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para VillageHealth en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$31.20	\$24
Deducible	\$226	\$226, excepto para la insulina suministrada mediante un elemento del equipo médico duradero. Este es un monto de deducible de 2023 y puede cambiar para 2024.
Montos máximos de su bolsillo Este es el <u>monto máximo</u> que usted pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	Dentro y fuera de la red \$8,300	Dentro y fuera de la red \$8,850
Visitas al consultorio médico	Dentro y fuera de la red Visitas de atención primaria: \$0 por visita. Visitas de especialistas: \$0 para las consultas de nefrología. 20 % del coste total para todos los demás servicios de especialistas por visita.	Dentro y fuera de la red Visitas de atención primaria: \$0 por visita. Visitas de especialistas: \$0 para visitas de nefrología. 20 % del coste total para todos los demás servicios de especialistas por visita.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Hospitalización de pacientes internados	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,600 por los días 1 al 60; un copago de \$400 por día por los días 61 al 90; y un copago de \$800 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga un deducible de \$1,600 por los días 1 al 60; un copago de \$400 por día por los días 61 al 90; y un copago de \$800 por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p> <p>Estos son los montos de costos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$505 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) \$0 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) 	<p>Deducible: \$545 excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$3 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) \$0 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1036 541"> <p>• Medicamentos de Nivel 2: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 573 1036 709"> <p>25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 741 1036 1035"> <p>• Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total por otros medicamentos. (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 1066 1036 1329"> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 1360 1036 1570"> <p>25 % del costo total por otros medicamentos. (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 1602 1036 1864"> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1409 541"> <p>• Medicamentos de Nivel 2: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="1084 573 1409 709"> <p>25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="1084 741 1409 1035"> <p>• Medicamentos de Nivel 3: 25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="1084 1066 1409 1329"> <p>Su pago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="1084 1360 1409 1570"> <p>25 % del costo total para otros medicamentos (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="1084 1602 1409 1864"> <p>Su pago de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1019 541">• Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="755 573 1019 709">25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="711 741 1019 961">• Medicamentos de Nivel 5: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="755 993 1019 1129">25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="711 1161 1019 1276">• Medicamentos de Nivel 6: No disponible 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1393 541">• Medicamentos de Nivel 4: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="1128 573 1393 709">25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="1084 741 1393 961">• Medicamentos de Nivel 5: 25 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="1128 993 1393 1129">25 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="1084 1161 1393 1381">• Medicamentos de Nivel 6: \$11 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <li data-bbox="1128 1413 1393 1549">\$11 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p data-bbox="704 310 1003 342">Cobertura catastrófica:</p> <ul data-bbox="704 386 1045 1213" style="list-style-type: none"><li data-bbox="704 386 1045 604">• durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de los medicamentos cubiertos.<li data-bbox="704 625 1045 1213">• Para cada receta, usted paga el costo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina coseguro) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos).	<p data-bbox="1078 310 1377 342">Cobertura catastrófica:</p> <ul data-bbox="1078 386 1409 646" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1078 386 1409 646">• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual	\$31.20	\$24
(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en 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.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 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 durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Los costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se tienen en cuenta para calcular el monto máximo que usted paga de su bolsillo. La prima de su plan y sus costos por	\$8,300	\$8,850
		Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo (continuación) medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.		servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Puede encontrar directorios actualizados en nuestra página web en www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con el Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que recibirá dentro de tres días hábiles.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el 2024 Directorio de proveedores y farmacias para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el 2024 Directorio de proveedores y farmacias para consultar qué farmacias están en nuestra red.**

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

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

Habrá cambios en los costos y beneficios para determinados servicios médicos el año próximo. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	<p>Dentro de la red</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$150 para productos de venta sin receta disponibles en el catálogo de pedido por correo de SCAN OTC cada trimestre. El saldo no utilizado se transferirá cada trimestre.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Tiene cobertura de hasta \$200 para productos de venta sin receta disponibles en el catálogo de pedido por correo de SCAN OTC cada trimestre. El saldo restante <u>no</u> se traslada trimestralmente.</p>
Atención de salud mental para pacientes internados	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Paga \$1,600 de deducible del día 1 al 60, \$400 de copago por día del día 61 al 90 y \$800 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Paga \$1,600 de deducible del día 1 al 60, \$400 de copago por día del día 61 al 90 y \$800 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) período de beneficios.</p> <p>Estos son montos de gastos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.</p>
Atención médica de emergencia	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga 20 % del costo total (hasta \$90) por visita.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>Usted paga 20 % del costo total (hasta \$100) por visita.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Atención médica hospitalaria para pacientes internados	Dentro y fuera de la red Paga \$1,600 de deducible del día 1 al 60, \$400 de copago por día del día 61 al 90 y \$800 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) por período de beneficios.	Dentro y fuera de la red Paga \$1,600 de deducible del día 1 al 60, \$400 de copago por día del día 61 al 90 y \$800 de copago por día para los días de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida) período de beneficios. Estos son montos de gastos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.
BrainHQ	Dentro y fuera de la red BrainHQ <u>no</u> está cubierto.	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.
<p>Medicamentos con receta de la Parte B (dentro y fuera de la red)</p> <p>Usted paga \$0 por los medicamentos con receta de la Parte B recibidos en la farmacia. A partir del 1.º de abril de 2023, usted paga de \$0 al 20 % de la suma aprobada por Medicare por medicamentos con receta de la Parte B recibidos en cualquier otro contexto.</p> <p>Usted paga \$0 por la insulina de la Parte B recibida en una farmacia y suministrada a través de equipamiento médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria. El deducible no se aplica. A partir del 1.º de julio de 2023, no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de insulina de la Parte B suministrada mediante equipamiento médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria, en cualquier otro contexto. El deducible no se aplica.</p> <p>Se aplican las normas de autorización previa.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para conocer más detalles.</p>		
Servicios de podología (de rutina/no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por cada consulta por hasta 6 consultas por año.	Dentro de la red Los servicios de podología de rutina (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 20 y un copago de \$200 por día para los días 21 al 100.	Dentro de la red Paga un copago de \$0 por día para los días 1 al 20 y un copago de \$200 por día para los días 21 al 100. Estos son montos de gastos compartidos de 2023 y pueden cambiar para 2024. VillageHealth le proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.
Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por visita.	Dentro de la red Usted paga 20 % del costo total por visita.
Tarjeta SCAN Healthy Foods (SSBCI)	Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$50 para artículos comestibles por trimestre.	Dentro de la red La tarjeta SCAN Healthy Foods <u>no</u> está cubierta.

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

Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

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

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de gastos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios de la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, puede que implementemos otros cambios que permite la regulación de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con el Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse no ser aplicable a su caso.** Hemos le enviamos un anexo separado denominado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para la compra de medicamentos con receta” (también llamado Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre 2023, comuníquese con el Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios para las dos primeras etapas: la etapa del deducible anual y la etapa inicial de cobertura. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa del período de interrupción en la cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual Durante esta etapa, paga el costo total de su nivel 2: Genéricos, nivel 3: marca preferida, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados y de Nivel 6: Medicamentos para Select Care hasta que haya alcanzado el	El deducible es de \$505. Durante esta etapa, usted paga \$0 de gasto compartido para los medicamentos del nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gasto compartido para los medicamentos del	El deducible es de \$545. Durante esta etapa, pagará \$0 de gastos compartidos para los medicamentos del nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias preferidas, \$3 de gasto compartido para los medicamentos del

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducibles anual (continuación) deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, incluidas las vacunas contra el herpes, el tétano y para viajes.</p>	<p>nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del nivel 2: Genéricos, nivel 3: marca preferida, Nivel 4: medicamentos no preferidos, y Nivel 5: Medicamentos de especialidad: hasta alcanzar el deducible anual.</p>	<p>nivel 1: Genéricos preferidos en farmacias estándares y el costo total de los medicamentos del nivel 2: Genéricos, nivel 3: marca preferida, Nivel 4: Medicamentos no preferidos, Nivel 5: Medicamentos especializados y de Nivel 6: Medicamentos para Select Care hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>

Cambios en su Gastos Compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Durante esta etapa, el plan pagará su parte del costo de los medicamentos y usted pagará su parte del costo. Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red. Si desea información acerca de los costos por un suministro a largo plazo o por las recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura.</i> Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en su “Lista de medicamentos”. Para comprobar si sus medicamentos</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1: Genéricos preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta. <i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red: Nivel 1: Genéricos preferidos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$3 por receta. <i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>estarán en otro nivel, búselos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 3: Marca preferida: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Nivel 4: Medicamento no preferido: <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos para Select Care:</p> <p>No disponible</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 25 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos para Select Care:</p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período de interrupción en la cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período de interrupción en la cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en la cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Proveedor de membresía en un gimnasio	Dentro de la red SilverSneakers proporciona la membresía al gimnasio.	Dentro de la red OnePass proporciona la membresía al gimnasio.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en VillageHealth

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en VillageHealth.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá 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 sobre una potencial multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare), consulte la publicación *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia en seguro médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en VillageHealth.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
 - Enviarnos una solicitud de baja por escrito o visite nuestro sitio web para darse de baja en línea. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las personas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el

SHIP recibe el nombre de Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) Los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar a Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información acerca del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP), visite el sitio web (aging.ca.gov/hicap/).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período de interrupción en la cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
 - a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos.
- **Asistencia Gastos compartidos con los medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de

asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la gastos compartidos asistencia con los medicamentos con receta a través del 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 los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de VillageHealth

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-399-7226. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2024. Para más información, consulte la 2024 *Evidencia de cobertura* para VillageHealth. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web www.villagehealthca.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.villagehealthca.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/“Lista de medicamentos”*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. Cada otoño, se envía este documento a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SCAN Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a 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 le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-800-559-3500
FAX: 1-568-989-0958
TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:
<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera 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 o teléfono:

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)

Puede encontrar los formularios de quejas en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
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
Puede encontrar los formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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 panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-800-559-3500. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-559-3500 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-800-559-3500 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 کافیسست با شماره 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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、1-800-559-3500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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 '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 1-800-559-3500។ 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາລາດໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Esta página se dejó en blanco intencionalmente