## *RiverSpring MAP (HMO D-SNP) ofrecido por RiverSpring Health Plans*

# Aviso Anual de Cambios para 2025 de RiverSpring MAP (HMO D-SNP)

Actualmente, usted está inscrito como miembro de RiverSpring MAP (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios implementados en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthplans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

### Qué hacer ahora

1. **PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

☐ Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.

- Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el costo compartido.
- Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Compare la información del plan para 2024 y 2025 para saber si alguno de estos medicamentos se cambia a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, tratamiento escalonado o límite de cantidad para 2025.

☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.

☐ Verifique si reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir la Ayuda Extra (“Extra Help”) de Medicare.

☐ 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 el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para hablar con un asesor capacitado.

☐ 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 de 2024, permanecerá inscrito en RiverSpring MAP (HMO D-SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.° de enero de 2025.** Esto terminará su inscripción en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.
- Consulte la Sección *3.2* de la página *20* para obtener más información sobre sus opciones.
- Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés, chino y ruso.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-362-2266 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener esta información de manera gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-362-2266. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calidicada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de protección del paciente y cuidado de salud de bajo costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

## Acerca de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

- RiverSpring MAP (HMO D-SNP) es un plan que tiene un contrato con Medicare y Medicaid. La inscripción en RiverSpring MAP (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un contrato escrito con el programa de Medicaid de New York para coordinar sus beneficios de Medicaid.

Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a RiverSpring Health Plans. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*.

# *Aviso anual de cambios* para 2025
# Índice

**Resumen de costos importantes para 2025 ..... 5**

**SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo ..... 8**

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual ..... 8

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo ..... 8

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias ..... 9

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos ..... 9

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D ..... 16

**SECCIÓN 2 Cambios administrativos ..... 20**

**SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir ..... 20**

Sección 3.1 – Si quiere permanecer en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* ..... 20

Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan ..... 20

**SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan ..... 21**

**SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid ..... 22**

**SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ..... 23**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? ..... 24**

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* ..... 24

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 24

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid ..... 25

## Resumen de costos importantes para 2025

La tabla que está a continuación compara los costos de 2024 y 2025 de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos**. Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0 por su deducible, consultas en el consultorio médico y hospitalizaciones.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan***<br>*Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles. | $0 o $48.70 para la prima de la Parte D | $0 o $72.30 para la prima de la Parte D |
| **Deducible de la Parte B** | El deducible de la Parte B es $240, salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0. | El deducible de la Parte B es $240, salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0.<br><br>Estos son los montos de costo compartido para 2024 y pueden cambiar para 2025. RiverSpring MAP proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas. |
| **Consultas en el consultorio del médico** | Consultas de atención primaria: $0 por consulta<br>Consultas a especialistas: $0 por consulta<br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0 por consulta. | Consultas de atención primaria: $0 por consulta<br>Consultas a especialistas: $0 por consulta<br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0 por consulta. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Hospitalizaciones** | $0 de coseguro o copago.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0. | $0 de coseguro o copago.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga $0. |
| **Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Deducible: $545, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.<br><br>*Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el folleto aparte, la "cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos (LIS)", para conocer el monto de su deducible).<br><br>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>• Medicamentos de Nivel 1: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga:<br><br>**Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos):**<br>$0 de copago; o<br>$1.55 de copago; o<br>$4.50 de copago; o<br>el 25% del costo. | Deducible: *$590*, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.<br><br>*Según su nivel de elegibilidad para Medicaid, es posible que no tenga responsabilidad de costos compartidos. (Consulte el folleto aparte, la "Cláusula adicional LIS", para conocer el monto de su deducible).<br><br>Copago/coseguro, según corresponda, durante la Etapa de cobertura inicial:<br><br>• Medicamentos de Nivel 1: Según su elegibilidad para Medicaid, usted paga:<br><br>**Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos):**<br>$0 de copago; o<br>$1.60 de copago; o<br>$4.90 de copago; o<br>el 25% del costo. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| | **Para cualquier otro medicamento:**<br>$0 de copago; o<br>$4.60 de copago; o<br>$11.20 de copago; o<br>el 25% del costo.<br>Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>Cobertura catastrófica:<br>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. | **Para cualquier otro medicamento:**<br>$0 de copago; o<br>$4.80 de copago; o<br>$12.15 de copago; o<br>el 25% del costo.<br>Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.<br><br>Cobertura catastrófica:<br>• Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. |
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles). | $8,850<br><br>Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. | $8,900<br><br>Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B. |

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

## Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual**<br>(También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid). | $0 o $48.70 para la prima de la Parte D | $0 o $72.30 para la prima de la Parte D |

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

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

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Monto máximo que paga de su bolsillo**<br>**Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, son muy pocos los miembros que alguna vez alcanzan este monto máximo de bolsillo.** Usted no es responsable de pagar los gastos de bolsillo que se computan para el monto máximo de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.<br>Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos y deducibles) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo. | $8,850<br>Una vez que haya pagado $8,850 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. | *$8,900*<br>Una vez que haya pagado *$8,900* de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus 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 y farmacias

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

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthplans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores* de 2025** www.RiverSpringHealthplans.org **para ver 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 *Directorio de farmacias* de 2025** www.RiverSpringHealthplans.org **para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mediados 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

Tenga en cuenta que, en el *Aviso anual de cambios,* se informan los cambios en los costos y beneficios de Medicare y Medicaid.

Estaremos realizando cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de emergencia**<br><br>Los servicios de emergencia se refieren a los servicios: | Usted paga un copago de $100 por cada consulta en el consultorio. | Usted paga un copago de $110 por cada consulta en el consultorio. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de emergencia (continuación)**<br>- brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y<br>- necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. | Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de $0. | Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de $0. |
| **Servicios de urgencia**<br>Son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos, o cuando el inscrito está fuera del área de servicio. | Usted paga un copago de $55 por consulta.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de $0. | Usted paga un copago de $45 por consulta.<br><br>Si usted es elegible para la asistencia con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, paga un monto de copago de $0. |
| **Artículos de venta libre (OTC)** | $155 por mes. Todo monto que no se use no se transfiere al período siguiente. | $218 por mes. Todo monto que no se use no se transfiere al período siguiente. |
| **Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + comestibles** | $155 por mes. Se le permite gastar el 50% ($77.50) del monto del beneficio para OTC en alimentos y productos frescos.<br><br>Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte | $218 por mes. Se le permite gastar el 50% ($109) del monto del beneficio para OTC en alimentos y productos frescos.<br><br>Para los miembros elegibles (con ciertas afecciones crónicas), los beneficios complementarios especiales para enfermedades crónicas (beneficio para comestibles) se combinan con el beneficio para artículos OTC para cubrir ciertos comestibles como parte |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Beneficio para artículos de venta libre (OTC) + comestibles (continuación)** | de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados. | de la asignación mensual para OTC, que solo pueden comprarse en farmacias o minoristas seleccionados.<br><br>Los beneficios mencionados son parte del programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos de afecciones incluyen *trastorno cardiovascular, hipertensión, osteoartritis, trastorno endocrino y trastorno gastrointestinal*. La elegibilidad para este beneficio no se puede garantizar basándose únicamente en su afección. A los miembros elegibles se les notificará y recibirán instrucciones sobre cómo acceder a este beneficio. |
| **Servicios de un especialista en salud mental** | Se requiere autorización previa. | **No** se requiere autorización previa. |
| **Servicios psiquiátricos** | Se requiere autorización previa. | **No** se requiere autorización previa. |
| **Servicios de diagnóstico y radioterapia ambulatorios** | Pruebas o procedimientos de diagnóstico:<br>**No se requiere** autorización.<br><br>Servicios de laboratorio:<br>***No se requiere autorización** para los servicios de laboratorio de rutina. | Se requiere autorización previa para exploraciones por resonancia magnética (MRI) y tomografía por emisión de positrones (PET).<br><br>Servicios de laboratorio:<br>***No se requiere autorización** para los servicios de laboratorio de rutina. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios de diagnóstico y radioterapia ambulatorios (continuación)** | *Es posible que algunos servicios de laboratorio requieran una autorización. | *Es posible que algunos servicios de laboratorio requieran una autorización. |
| **Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare** | Enemas de bario cubiertos por Medicare:<br><br>Se requiere autorización previa. | Enemas de bario cubiertos por Medicare:<br><br>**No** se requiere autorización previa. |
| **Servicios odontológicos: Servicios odontológicos preventivos complementarios** | Servicios odontológicos preventivos complementarios:<br><br>Sin cobertura. | Servicios odontológicos preventivos complementarios:<br><br>La cobertura de los servicios odontológicos preventivos complementarios se limita a los códigos de servicio seleccionados de las categorías a continuación.<br><br>Usted paga un copago de $0 por los siguientes servicios odontológicos preventivos complementarios:<br><br>No se requiere autorización previa.<br><br>• Examen bucal periódico: 1 cada 6 meses.<br>• Evaluación bucal limitada: 2 cada 12 meses.<br>• Evaluación bucal integral: 1 por proveedor de por vida.<br>• Evaluación bucal (problema específico): 3 cada 12 meses. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios odontológicos: Servicios odontológicos preventivos complementarios (continuación)** | | • Radiografías dentales: Intrabucal, serie completa o radiografía panorámica: 1 cada 36 meses. Intrabucal, periapical: 3 cada 6 meses. Aleta de mordida: 3 cada 12 meses. Sialografía: 2 por semana.<br>• Otros servicios odontológicos de diagnóstico*: Captura e interpretación de tomografía computarizada (CT) de haz cónico: 1 cada 60 meses. *Se requiere autorización previa.<br>• Profilaxis (limpieza): 1 cada 6 meses. No se requiere autorización previa.<br>• Tratamiento con flúor: 1 cubierto hasta los 20 años. No se requiere autorización previa.<br>• Otros servicios odontológicos preventivos: Asesoramiento sobre consumo de tabaco para el control/la prevención de enfermedades orales: 1 cada 6 meses. No se requiere autorización previa. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios odontológicos: Servicios odontológicos integrales complementarios** | Servicios odontológicos integrales complementarios:<br><br>Sin cobertura. | • Servicios de restauración: Relleno compuesto a base de amalgama o resina: 1 por diente, por superficie, cada 24 meses. Servicios de corona: 1 por diente, cada 60 meses. Se requiere autorización previa.<br>• Endodoncia: 1 por diente, de por vida. Se requiere autorización previa.<br>• Periodoncia: Gingivectomía o gingivoplastia: 1 cada 12 meses, por cuadrante. Alargamiento de corona: 1 por diente de por vida. Raspado y pulido radicular periodontales: 1 cada 24 meses, por lugar. Mantenimiento periodontal una vez cada 6 meses. Se requiere autorización previa.<br>• Prostodoncia: Dentadura postiza completa o parcial: 1 cada 96 meses, por arco. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios odontológicos: Servicios odontológicos integrales complementarios (continuación)** | | Ajuste de dentadura postiza: 4 cada 12 meses, por arco (sin cobertura dentro de los 6 meses posteriores a la colocación). Se requiere autorización previa.<br>• Protésicos maxilofaciales: 1 cada 12 meses. Se requiere autorización previa.<br>• Servicios de implante: Colocación quirúrgica de implante: 1 por diente, de por vida. Pilares: 1 por diente, cada 96 meses. Servicios de desbridamiento: 1 por diente, cada 24 meses. Se requiere autorización previa.<br>• Prostodoncia: 1 cada 60 meses, por diente.<br>• Cirugía bucal y maxilofacial: Extracción de diente erupcionado o impactado: 1 por diente, de por vida. Alveoloplastía: una vez por lugar o cuadrante de por vida. Otras cirugías bucales y maxilofaciales según informes: Se requiere autorización previa. |

| Costo | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios odontológicos: Servicios odontológicos integrales complementarios (continuación)** | | • Servicios generales complementarios: Tratamiento paliativo de emergencia: 2 cada 12 meses. Sedación profunda: 60 minutos como máximo o 4 unidades. Se requiere autorización previa. |

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

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

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

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **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 costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea por lo 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, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicios para Miembros para obtener más información.

A partir de 2025, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de marca o los productos biológicos originales de nuestra Lista de medicamentos si los reemplazamos por nuevos genéricos o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos una nueva versión, podemos decidir mantener el medicamento de marca o productos biológicos originales en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente agregar nuevas restricciones.

Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será sustituido por una versión genérica o biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos ni un suministro mensual de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca o el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero puede llegar después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se describen en este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) también brinda información al consumidor sobre los medicamentos. Consulte el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o solicitar a su proveedor de atención médica, persona autorizada a dar recetas o farmacéuticos para obtener más información.

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

Si recibe Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar sus medicamentos con receta de Medicare, es posible que reúna los requisitos para obtener una reducción o eliminación del costo compartido de los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. **Nota:** Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Extra ["Extra Help"]), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un anexo por separado, denominado *Anexo de la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben la Ayuda Extra ("Extra Help") para pagar sus medicamentos con receta* (también llamado *cláusula adicional del subsidio por bajos ingresos [LIS])*, que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe la Ayuda Extra ("Extra Help") y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre, llame a Servicios para Miembros para pedir la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa del período sin cobertura y el Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura ya no existen en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuentos para el Período sin Cobertura también será sustituido por el Programa de Descuentos del Fabricante. Conforme al Programa de Descuentos del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos que pagan los fabricantes dentro del Programa de Descuentos del Fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

### Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Etapa 1: Etapa del deducible anual**<br>Durante esta etapa, **usted paga el costo total** de sus medicamentos de la Parte D hasta alcanzar el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. | El deducible es de $*545.*<br>Su monto deducible puede ser $0, según el nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”) que reciba. (Consulte el anexo por separado, “cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible). | El deducible es de $*590.*<br>Su monto deducible puede ser $0, según el nivel de Ayuda Extra (“Extra Help”) que reciba. (Consulte el anexo por separado, “cláusula adicional LIS”, para conocer el monto de su deducible). |
| **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**<br>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo**.<br>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (*30* días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red. | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:<br>**Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos):**<br>$0 de copago; o<br>$1.55 de copago; o<br>$4.50 de copago; o<br>el 25% del costo. | Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar es:<br>**Para medicamentos genéricos (que incluyen los medicamentos de marca que se tratan como genéricos):**<br>$0 de copago; o<br>$1.60 de copago; o<br>$4.90 de copago; o<br>el 25% del costo. |

| Etapa | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o en una farmacia de la red, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*. | **Para cualquier otro medicamento:**<br>$0 de copago; o<br>$4.60 de copago; o<br>$11.20 de copago; o<br>el 25% del costo. | **Para cualquier otro medicamento:**<br>$0 de copago; o<br>$4.80 de copago; o<br>$12.15 de copago; o<br>el 25% del costo. |
| La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. | Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. | Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. |
| | Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los *$5,030*, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). | Una vez que haya pagado $*2,000* de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura catastrófica). |

## Cambios en la Etapa de cobertura catastrófica

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

Una vez que alcance el monto umbral de $2,000 que paga de su bolsillo, pasará a la Etapa de cobertura catastrófica. Esto significa que **no** tendrá que pagar ningún costo compartido para los medicamentos del Formulario de la Parte D de Medicare. Para obtener información específica sobre sus costos en la Etapa de cobertura catastrófica, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 *de su Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| Descripción | 2024 (este año) | 2025 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Plan de pago de recetas de Medicare** | No es aplicable | El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre).<br><br>Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov. |

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si quiere permanecer en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

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

### Sección 3.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiarse de plan, 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 Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta,** inscríbase en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)* se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
    - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros.
    - *O BIEN,* comuníquese con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

## SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.° de enero de 2025.

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

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

Debido a que tiene *New York Medicaid*, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan Medicare cualquier mes, incluso:

- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Medicare Original sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).

- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicaid a Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1.° de enero de 2025 y no le gusta su opción de plan, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.° de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o actualmente vive allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En *New York*, el SHIP se denomina Programa de asistencia, asesoría e información sobre seguros de salud (HIICAP) de la Oficina de la Tercera Edad.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de *HIICAP* pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a *HIICAP* al 1-800-701-0501. Puede obtener más información acerca de *HIICAP* visitando su sitio web (https://www.aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de New York Medicaid, comuníquese con la línea de ayuda de New York Medicaid al 1-800-541-2831 (Los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Averigüe cómo afiliarse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medicaid del Estado de New York.

## 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, se incluye una lista con diferentes tipos de ayuda:

- **Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare.** Como usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la Ayuda Extra ("Extra Help"), también denominada Subsidio por bajos ingresos. La Ayuda Extra ("Extra Help") paga parte de las primas de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted reúne los requisitos, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda Extra ("Extra Help"), llame:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
    - La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
    - O a la oficina de Medicaid de su estado.
- **Ayuda del programa de ayuda para medicamentos de su estado.** *New York* tiene un programa denominado Cobertura de Seguro Farmacéutico para la Tercera Edad (EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros de salud.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través de los Programas de atención médica para pacientes con VIH que no tienen seguro médico del Estado de New York. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-542-2437.
- **El plan de pago de recetas de Medicare** El plan de pago de recetas de Medicare es una nueva opción de pago que lo ayuda a administrar los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarlo a administrar los costos de los medicamentos extendiéndolos a través de los **pagos mensuales que varían durante todo el año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda Extra ("Extra Help") de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para las personas que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingreso, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov.

# SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

## Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-362-2266. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

### Lea su *Evidencia de Cobertura* de *2025* (describe en detalle 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 2025. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2025* de *RiverSpring MAP (HMO D-SNP)*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en www.RiverSpringHealthplans.org. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

### Visite nuestro sitio web

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

## Sección 7.2 – Cómo 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 acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

### Lea *Medicare y Usted 2025*

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

## Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la línea de ayuda de New York Medicaid al 1-800-541-2831 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Aviso de no discriminación

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre de RiverSpring Health Plans, cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ElderServe Health, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre comercial RiverSpring Health Plans:

- Ofrece ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse efectivamente con nosotros, como, por ejemplo:
    - Intérpretes de lengua de señas calificados
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles. Si considera que ElderServe Health, Inc., que opera bajo el nombre RiverSpring Health Plans, no le ha proporcionado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede realizar una queja formal ante:

Civil Rights Coordinator
80 West 225th Street
Bronx, NY, 10463
Teléfono: 1-347-842-3660, TTY 711
Fax: 1-888-341-5009

Puede realizar una queja formal en persona o por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarlo. También puede hacer un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf,

o por correo electrónico o teléfono al:

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

Los formularios de reclamos están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Form Approved
OMB# 0938-1421

## Servicios de intérprete en varios idiomas

**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 1-800-362-2266. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-362-2266. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-362-2266。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-362-2266。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-362-2266. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-362-2266. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-362-2266 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-362-2266. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-362-2266번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-362-2266. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-362-2266. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-362-2266 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-362-2266. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-362-2266. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-362-2266. 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 1-800-362-2266. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-362-2266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。

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