

## ***Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) ofrecido por Providence Health Assurance***

### **Aviso Anual de Cambios para 2024**

Usted está actualmente inscrito como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. ***Consulte la página 4 para acceder a un resumen de los costos importantes, incluida la prima.***

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

---

#### **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 la atención médica (doctor, hospital)
  - Consulte los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos
  - Piense cuánto gastará en sus primas, deducibles y costos compartidos
- Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2024 para asegurarse que los medicamentos que toma actualmente siguen estando cubiertos.
- Verifique si sus doctores de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, se encontrarán 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. Utilice el Buscador de Planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o 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 de 2023, permanecerá inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- 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 2024**. Esto cancelará su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta 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 Servicio al Cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (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 Pacífico), los siete días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en múltiples formatos, entre ellos tamaño de letra grande y braille.
- **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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

### Acerca de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

- Providence Health Assurance es una HMO, HMO-POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y Oregon Health Plan. La inscripción en Providence Health Assurance depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Providence Health Assurance. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

H9047\_2024PD\_PHA211\_M

MDC-521A\_SP

**Aviso Anual de Cambios para 2024**  
**Índice**

**Resumen de Costos Importantes para 2024..... 4**

**SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año ..... 8**

    Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual..... 8

    Sección 1.2 – Cambios en la Cantidad Máxima 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 ..... 10

    Sección 1.5 – Cambios en la Cobertura para Medicamentos con Receta de la Parte D ..... 16

**SECCIÓN 2 Cambios Administrativos ..... 20**

**SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir ..... 21**

    Sección 3.1 – Si Desea Seguir Inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)..... 21

    Sección 3.2 – Si Desea Cambiar de Plan ..... 22

**SECCIÓN 4 Plazo para el Cambio de Plan..... 23**

**SECCIÓN 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare ..... 23**

**SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta..... 24**

**SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas? ..... 25**

    Sección 7.1 – Cómo Recibir Ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)..... 25

    Sección 7.2 – Cómo Recibir Ayuda de Medicare..... 25

## Resumen de Costos Importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$35	\$35
<p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b></p> <p>Esta es la cantidad <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	<p>\$4,800 cuando utiliza su beneficio de la red.</p> <p>\$10,000 cuando utiliza su beneficio de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS).</p>	<p>\$4,800 cuando utiliza su beneficio de la red.</p> <p>\$10,000 cuando utiliza su beneficio de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS).</p>
<p><b>Consultas en el consultorio del doctor</b></p>	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta.</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas dentro de la red: Copago de \$35 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria dentro de la red: No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta.</p> <p>Consultas de atención primaria cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$25 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas dentro de la red: Copago de \$35 por consulta.</p> <p>Consultas a especialistas cuando utiliza su beneficio de POS: Copago de \$50 por consulta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Hospitalizaciones dentro de la red:</p> <p>Copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>30% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>	<p>Hospitalizaciones dentro de la red:</p> <p>Copago de \$325 por día para los días 1-6 por admisión y no se requiere coseguro, copago ni deducible a partir del día 7 en adelante para los servicios de atención hospitalaria para pacientes internados cubiertos por Medicare.</p> <p>Hospitalizaciones cuando utiliza su beneficio de POS:</p> <p>30% del costo total por admisión para atención hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por receta en una farmacia de la red.</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$16 por receta en una farmacia de la red.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$10 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red.</li>   <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$47 por receta en una farmacia de la red preferida o \$47 por receta en una farmacia de la red.  \$35 para Insulinas Selectas por mes.</li>   <li>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 2: \$10 por receta en una farmacia de la red preferida o \$20 por receta en una farmacia de la red.</li>   <li>• Medicamentos de Nivel 3: \$37 por receta en una farmacia de la red preferida o \$37 por receta en una farmacia de la red.  Usted paga un copago de hasta \$35 por cada medicamento con receta, con un suministro de hasta 30 días de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</li>   <li>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta en una farmacia de la red preferida o \$100 por receta en una farmacia de la red.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (continuación)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red.</li> <li>• Medicamentos de Nivel 6: \$0 por receta en una farmacia de la red preferida o \$0 por receta en una farmacia de la red.</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Por cada medicamento con receta, usted paga lo que sea mayor: un pago equivalente al 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$10.35 para todos los demás medicamentos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos de Nivel 5: 33% del costo total en una farmacia de la red preferida o 33% del costo total en una farmacia de la red.</li> <li>• Se han eliminado los medicamentos de Nivel 6, pero las vacunas de la Parte D siguen teniendo una cobertura de \$0 por disposiciones de la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA).</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la totalidad del costo de sus medicamentos de la Parte D cubiertos. No paga nada.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1 – Cambios en la Prima Mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$35	\$35 No hay cambios para el próximo año de beneficios.
<b>Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional</b>	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$34.10	<u>Providence WA Dental Basic</u> \$33.00
<b>Prima mensual de la cobertura odontológica complementaria opcional</b>	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> \$48.00	<u>Providence WA Dental Enhanced</u> \$45.00

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si tiene ingresos más elevados, es posible que deba pagar una cantidad adicional por 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 la “Ayuda Adicional” de Medicare.

### Sección 1.2 – Cambios en la Cantidad Máxima que Paga de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina la cantidad máxima que paga de su bolsillo. Una vez que alcance esta cantidad, por lo general, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos por el resto del año.



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</b></p> <p>Los costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para la cantidad máxima que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$4,800 Dentro de la red</p> <p>\$10,000 Fuera de la red</p>	<p>\$4,800 Dentro de la red</p> <p>\$10,000 Fuera de la red</p> <p>Una vez que haya pagado \$4,800 de su bolsillo por los servicios cubiertos de proveedores dentro de la red, no pagará nada por sus servicios cubiertos durante el resto del año calendario.</p> <p>Los servicios dentro y fuera de la red se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Si consulta con proveedores tanto dentro como fuera de la red, o solo con proveedores fuera de la red, los costos máximos que paga de su bolsillo serán de \$10,000 para 2024.</p> <p>No hay cambios para el próximo año de beneficios.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en la Red de Proveedores y Farmacias

Los directorios actualizados se encuentran disponibles en nuestro sitio web en [www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de Proveedores y Farmacias*, el cual le enviaremos en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* 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 *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, doctores, especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si algún cambio realizado a mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos asistirlo.

### Sección 1.4 – Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos cambiando los costos y beneficios del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Acupuntura (no cubierta por Medicare)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de acupuntura de rutina.</p> <p>El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de acupuntura de rutina, con hasta 18 consultas por año calendario.</p>
<b>Servicios de quiropráctica (no cubiertos por Medicare)</b>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta quiropráctica de rutina cubierta por Medicare.</p> <p>El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta quiropráctica de rutina, con hasta 18 consultas por año calendario.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios odontológicos (otros, incluidos los preventivos de rutina no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Recibe una tarjeta de débito para odontología precargada, con una prestación máxima de \$250 por año calendario. Puede utilizar esta tarjeta para pagar cualquier servicio odontológico en la clínica dental de su elección. Los fondos no utilizados vencen después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de cada año y no se transfieren al año siguiente.</p> <p>Los tratamientos con flúor no están cubiertos.</p> <p>Los servicios de mantenimiento periodontal no están cubiertos como sustitución de los servicios de profilaxis habituales.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Recibe una tarjeta de débito para odontología precargada, con una prestación máxima de \$1,000 por año calendario. Puede utilizar esta tarjeta para pagar cualquier servicio odontológico en la clínica dental de su elección. Los fondos no utilizados vencen después de las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de cada año y no se transfieren al año siguiente.</p> <p><b>Dentro de la red</b>                      No se requiere coseguro, copago ni deducible para hasta un tratamiento con flúor por año calendario.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 20% por los tratamientos con flúor fuera de la red.</p> <p><b>Dentro de la red</b>                      No se requiere coseguro, copago ni deducible para hasta dos servicios de mantenimiento periodontal elegidos como sustitución de los servicios de profilaxis habituales.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios odontológicos (otros, incluidos los preventivos de rutina no cubiertos por Medicare) (continuación)</b></p>	<p><b>Fuera de la red</b> No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes bucales, limpiezas o radiografías dentales.</p>	<p><b>Fuera de la red</b> Coseguro del 20% por exámenes bucales, limpiezas, radiografías dentales, servicios de mantenimiento periodontal como sustitución de los servicios de profilaxis habituales, y tratamiento con flúor.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga el 20% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare, insulina y otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga el 0-20% del costo total por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B cubiertos por Medicare y otros medicamentos de la Parte B.  El costo compartido de la insulina está sujeto a un costo compartido máximo de \$35 por un suministro para un mes de insulina.</p>
<p><b>Servicios de Naturopatía</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$35 por cada consulta de naturopatía cubierta por Medicare.  El plan cubre hasta \$500 cada año para servicios de rutina de quiropráctica, acupuntura y naturopatía combinados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Usted paga un copago de \$20 por cada consulta de naturopatía, con hasta 6 consultas por año calendario.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Plan dental complementario opcional – Basic</b>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 50% por los empastes básicos fuera de la red.</p> <p>Los selladores no están cubiertos.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      \$250 máximo de por vida para dentaduras postizas.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 30% por los empastes básicos fuera de la red.</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los selladores dentro de la red. Los selladores están sujetos a un deducible.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 20% por los selladores. Los selladores están sujetos a un deducible.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      \$1,000 máximo de por vida para dentaduras postizas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Plan dental complementario opcional – Enhanced</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 50% por los empastes básicos fuera de la red.</p> <p>Los selladores no están cubiertos.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      \$250 máximo de por vida para dentaduras postizas.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 30% por los empastes básicos fuera de la red.</p> <p>No se requiere coseguro ni copago para los selladores dentro de la red. Los selladores están sujetos a un deducible.</p> <p><b>Fuera de la red</b>                      Usted paga un coseguro del 20% por los selladores. Los selladores están sujetos a un deducible.</p> <p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      \$1,500 máximo de por vida para dentaduras postizas.</p>
<p><b>Pruebas y servicios radiológicos de diagnóstico para pacientes externos</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Sin costo máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Costo máximo de \$250 que paga de su bolsillo por día por servicios radiológicos de diagnóstico.</p>
<p><b>Cirugía para pacientes externos en centros quirúrgicos ambulatorios</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$290 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$250 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$15 por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)</b></p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$30 por cada servicio de SET cubierto por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada servicio de SET cubierto por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de urgencia</b>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Usted paga un copago de \$50 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de atención de urgencia cubierta por Medicare.</p>
<b>Atención de la vista (servicios de rutina no cubiertos por Medicare)</b>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Tiene una asignación de hasta \$75 por año calendario para un examen ocular de rutina, incluida una refracción.                       Tiene una asignación de hasta \$210 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetadas de rutina, lentes recetadas de rutina, marcos de anteojos de rutina y/o mejoras como los tintes.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen ocular de rutina, incluida una refracción, por año calendario.                       Tiene una asignación de hasta \$250 por año calendario para una combinación de lentes de contacto recetadas de rutina, lentes recetadas de rutina, marcos de anteojos de rutina y/o mejoras como los tintes.</p>
<b>Beneficio de peluca</b>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Usted paga el 20% del costo total por una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por la quimioterapia. Puede comprar la peluca a cualquier proveedor de pelucas y presentarnos el recibo de pago para su reembolso.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      No se requiere coseguro, copago ni deducible para una peluca sintética debido a la pérdida de cabello por la quimioterapia. Puede comprar la peluca a cualquier proveedor de pelucas y presentarnos el recibo de pago para su reembolso.</p>
<b>Atención de emergencia/urgencia en todo el mundo</b>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Usted paga un copago de \$50 por cada consulta de atención de urgencia.                       Hay un límite de \$50,000 por año calendario para toda la atención de emergencia o urgencia que recibe fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p><b>Dentro y fuera de la red</b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de atención de urgencia.                       No hay un límite por año calendario para toda la atención de emergencia o urgencia que recibe fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>

---

## 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”. Proporcionamos una copia de nuestra “Lista de Medicamentos” de forma electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que pueden incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos, o su traslado a un nivel de costos compartidos 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 trasladado a un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de Medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera inseguros o los que un fabricante de productos ha retirado del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea para ofrecer la Lista de Medicamentos más vigente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos a principios de año o durante este, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su doctor para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede ponerse en contacto con Servicio al Cliente para obtener más información.

### Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

**Nota:** Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda Adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió el inserto con este paquete, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).



**Cambios en la Etapa del Deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

**Cambios en sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>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.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno para usted.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 Genérico preferido:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$16 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p>	<p>Sus costos por un suministro de un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1 Genérico preferido:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$16 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b>                      Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la “Lista de Medicamentos”. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búsquelos en la “Lista de Medicamentos”.</p>	<p><b>Nivel 2 Genérico:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 Marca preferida:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por cada medicamento con receta de cada Insulina Selecta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por receta para Insulinas Selectas.</p> <p><b>Nivel 4 Medicamento no preferido:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$100 por receta.</p>	<p><b>Nivel 2 Genérico:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$20 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$10 por receta.</p> <p><b>Nivel 3 Marca preferida:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$37 por receta.</p> <p>Usted paga \$35 por cada suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$37 por receta.</p> <p>Usted paga un máximo de \$35 por cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4 Medicamento no preferido:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$100 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</b></p>	<p><b>Nivel 5 De especialidad:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 Vacunas de la Parte D \$0:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga \$0 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p><b>Nivel 5 De especialidad:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Usted paga el 33% del costo total.</p> <p><b>Nivel 6 Vacunas de la Parte D \$0:</b>  <i>Costo compartido estándar:</i>                      Se ha eliminado el Nivel 6, pero las vacunas de la Parte D siguen teniendo una cobertura de \$0 por disposiciones de la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA).</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i>                      Se ha eliminado el Nivel 6, pero las vacunas de la Parte D siguen teniendo una cobertura de \$0 por disposiciones de la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA).</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

## Cambios en la Etapa del Período sin Cobertura y en la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas con costos de medicamentos elevados. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios Administrativos

Los cambios administrativos pueden ser estrictamente informativos, con poca o ninguna repercusión en sus beneficios, o pueden modificar el modo en que accede a su atención y los servicios y medicamentos con receta que están a su disposición. La siguiente tabla enumera los cambios administrativos que introducimos para el próximo año.

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Proveedor odontológico</b>	Dominion Dental	Delta Dental de Oregón
<b>URL del proveedor de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)</b>	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider">www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider</a> & <a href="https://hcpdirectory.cigna.com/web/public/consumer/directory/search?consumerCode=HDC001">https://hcpdirectory.cigna.com/web/public/consumer/directory/search?consumerCode=HDC001</a> .	<a href="http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider">www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider</a>
<b>Proveedor de acondicionamiento físico</b>	Silver & Fit	Optum: One Pass
<b>Catálogo de proveedores InComm</b>	Medline	Convey
<b>Suministro de tres meses de la Parte D</b>	Hasta 90 días	Hasta 100 días

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Tiras reactivas preferidas</b>	Se prefieren todas las tiras reactivas de Accu-Chek.	Se prefieren las tiras reactivas de Accu-Chek Guide.
<b>Remisiones</b>	Se exigirán remisiones para las consultas con especialistas dentro de la red.	No se exigirán remisiones para las consultas con especialistas dentro de la red.
<b>Período sin cobertura complementario</b>	Usted sigue pagando su costo compartido de Nivel 1 Genérico preferido para los medicamentos de Nivel 1 durante el período sin cobertura.	Usted sigue pagando su costo compartido de Nivel 1 Genérico preferido para los medicamentos de Nivel 1 y su costo compartido de Nivel 2 Genérico para los medicamentos de Nivel 2 durante el período sin cobertura.
<b>Nivel 3 Servicio de pedido por correo de Marca preferida</b>	Nivel 3 Servicio de pedido por correo de Marca preferida para un suministro de 90 días es el triple del copago de 30 días.	Nivel 3 Servicio de pedido por correo de Marca preferida para un suministro de 100 días es el doble del copago de 30 días.
<b>Información de contacto del proveedor</b>	Sección 2.1 del Capítulo 4	Sección 1 del Capítulo 2

### SECCIÓN 3 Cómo Decidir qué Plan Elegir

#### Sección 3.1 – Si Desea Seguir Inscrito en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

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 antes del 7 de diciembre, automáticamente seguirá inscrito como miembro de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS).

---

## 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 cambiarse 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 con respecto a una posible 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 (Medicare Plan Finder) ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Como recordatorio, Providence Health Assurance ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y las cantidades de costos compartidos.

### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribáse en el nuevo plan. Su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribáse en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir 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 cambiarse 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 ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otro momento del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” 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.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse 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 un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura 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 seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Washington, el SHIP se llama Statewide Health Insurance Benefits Advisors (SHIBA).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIBA pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al SHIBA al 1-800-562-6900 (TTY 360-586-0241). Para obtener más información sobre el SHIBA visite su sitio web ([www.insurance.wa.gov/shiba](http://www.insurance.wa.gov/shiba)).

## 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 distintos tipos de ayuda.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a:
  - 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 oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes y pida por un representante. Los mensajes automatizados se encuentran disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. *O BIEN a*
  - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, 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 que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de intervención temprana (EIP) al 1-877-376-9316.



## SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo Recibir Ayuda de Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicio al Cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340. (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. (hora del Pacífico), los siete días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Evidencia de Cobertura de 2024* (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 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2024* para Providence Medicare Cottonwood + Rx (HMO-POS). 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 y medicamentos con receta cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/EOC). También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.ProvidenceHealthAssurance.com](http://www.ProvidenceHealthAssurance.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](http://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

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

Consulte el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de 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.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711)。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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711) 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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 1-800-603-2340 (TTY: 711). 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。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711)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。