



Resumen de beneficios para 2025

Estamos aquí para ayudar

Es posible que le surjan preguntas mientras lea esta información. Estamos aquí para ayudar

¿Aún no es miembro?

Llame al 1-833-859-6031 (TTY: [711](tel:711))

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo:

Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., De lunes a viernes.

¿Ya es miembro?

Llame al 1-833-570-6670 (TTY: [711](tel:711))

Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Un miembro del equipo de Aetna atenderá su llamada.

A tener en cuenta:

Este es un resumen de los servicios que cubriremos desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025.

¿Necesita una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones?

Simplemente visite

[AetnaMedicare.com/H3288-002](https://www.aetna.com/H3288-002)

donde encontrará la *Evidencia de cobertura* (EOC) del plan. Puede llamarnos para solicitar una copia.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en Aetna Medicare Value Plus (PPO), debe hacer lo siguiente:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener la Parte B de Medicare.
- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados:
Texas: Collin, Dallas, Tarrant

Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Value Plus (PPO) es un plan PPO. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta. Puede consultar a proveedores dentro y fuera de la red. Por lo general, pagará más por la atención fuera de la red.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Usted tiene la posibilidad de elegir un PCP. Recomendamos elegir un PCP porque cuando sabemos quién es su proveedor podemos respaldar aún mejor su atención médica.
- **Remisiones:** Aetna Medicare Value Plus (PPO) no requiere una remisión de un proveedor de atención primaria (PCP) para consultar a un especialista. Tenga en cuenta que algunos proveedores pueden requerir una recomendación o un plan de tratamiento de su proveedor para poder verlo.
- **Autorizaciones previas:** Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios o medicamentos.
- **Recursos útiles:** Para encontrar directorios de proveedores, farmacias de la red y otra información del plan, visite [AetnaMedicare.com/H3288-002](https://www.aetnamedicare.com/H3288-002). La tabla de referencia rápida de contactos contiene números de teléfono y sitios web importantes al final de este documento. Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Véalo en línea en [medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) u obtenga una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Prima del plan, deducible y monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP)



Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual del plan	\$18.30 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible del plan	\$0
MOOP	\$6,350 para servicios dentro de la red \$9,550 para servicios dentro y fuera de la red combinados Una vez que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo, nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Los costos de su prima y sus medicamentos con receta no se tienen en cuenta para su MOOP.

Beneficios médicos y hospitalarios



Cobertura hospitalaria

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	\$410 por día, para los días 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90; \$0 para días adicionales	40% por estadía
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$335	Coseguro del 40%
Hospital para pacientes externos	Copago de \$35 a \$275 Copago de \$35 por los servicios hospitalarios para pacientes externos que no sean cirugía. Copago de \$275 por cada cirugía hospitalaria para pacientes externos	Coseguro del 40%
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$275	Coseguro del 40%



Visitar al proveedor de atención primaria (PCP) y al especialista

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
PCP	Copago de \$0	Coseguro del 40%
Especialista	Copago de \$35	Coseguro del 40%



Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención preventiva	Copago de \$0 Para obtener una lista completa de servicios preventivos disponibles, consulte la EOC. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado.	Coseguro del 0% al 40% Coseguro del 0% por las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19 Coseguro del 40% para todos los demás servicios preventivos cubiertos por Medicare
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de \$125 para la atención de emergencia Copago de \$55 para la atención de urgencia	Copago de \$125 para la atención de emergencia Copago de \$55 para la atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$125 para la atención de emergencia Copago de \$125 para la atención de urgencia Copago de \$245 para la ambulancia	Copago de \$125 para la atención de emergencia Copago de \$125 para la atención de urgencia Copago de \$245 para la ambulancia



Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de \$50	Coseguro del 40%
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Coseguro del 40%
Servicios de radiología de diagnóstico, como MRI	Copago de \$325	Coseguro del 40%
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0 a \$35 Copago de \$0 por los servicios brindados en el consultorio de su médico de atención primaria. Copago de \$35 por los servicios brindados por un proveedor que no sea su médico de atención primaria	Coseguro del 40%



Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de \$35	Coseguro del 40%
Exámenes auditivos de rutina	Copago de \$0 Recibe un examen auditivo de rutina por año. Puede consultar a un proveedor de la red de NationsHearing o un proveedor fuera de la red.	Coseguro del 40%
Audífonos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$500 por oído. Si el costo supera el monto de beneficios, usted paga la diferencia. Aunque puede acudir a un proveedor fuera de la red para su examen auditivo anual, este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing.	Sin cobertura



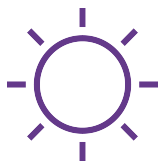
Servicios dentales

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Servicios dentales	<p>Copago de \$0 para servicios preventivos</p> <p>Coseguro del 20% al 50% por servicios integrales</p> <p>Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,500 por los servicios cubiertos. Usted es responsable del costo de cualquier servicio integral que exceda este monto.</p> <p>Los servicios integrales incluyen empastes, extracciones, coronas y más.</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos incluyen exámenes bucales, limpiezas y radiografías. No hay copagos para estos servicios cuando utilice un proveedor de la red. Los servicios preventivos cubiertos no se tienen en cuenta para su monto de beneficios anuales.</p> <p>Puede consultar a un proveedor dentro o fuera de la red de Aetna Dental PPO para servicios cubiertos. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar su costo compartido en el momento del servicio y presentar una solicitud de reembolso.</p> <p>Nota: Los Implantes no están cubiertos. Consulte la EOC para obtener más detalles sobre las exclusiones y limitaciones.</p>	<p>Coseguro del 50% para servicios preventivos</p> <p>Coseguro del 50% al 70% por servicios integrales</p>



Servicios de la vista

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$0	Coseguro del 40%
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0	Copago de \$0
Examen de la vista de rutina	Copago de \$0	Coseguro del 40%
	Nuestro plan cubre un examen por año.	
Lentes de contacto y anteojos	<p>Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$290 para anteojos con receta cubiertos.</p> <p>Nos hemos unido a EyeMed para brindarle este beneficio. Puede optar por atenderse con un proveedor fuera de la red de EyeMed, pero es posible que deba pagar costos adicionales. Su monto de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si la compra de anteojos es superior a su monto de beneficios, deberá pagar la diferencia.</p>	



Servicios de salud mental

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	\$300 por día, para los días 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90	40% por estadía
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	Copago de \$35 por sesiones individuales. Copago de \$35 por sesiones grupales.	Coseguro del 40% por sesiones individuales. Coseguro del 40% por sesiones grupales.
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	Copago de \$35 por sesiones individuales. Copago de \$35 por sesiones grupales.	Coseguro del 40% por sesiones individuales. Coseguro del 40% por sesiones grupales.



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y tratamiento

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación. Nota: Los miembros deben cumplir los criterios de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para que la atención especializada médicamente necesaria esté cubierta.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención en un SNF	\$10 por día, para los días 1 al 20; \$214 por día, para los días 21 al 100	40% por estadía
	Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.	
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$40	Coseguro del 40%
Terapia ocupacional	Copago de \$40	Coseguro del 40%



Transporte en ambulancia y de rutina

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos una ambulancia aérea que no sea de emergencia. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta)	Copago de \$245 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% por servicios de ambulancia aérea.	Copago de \$245 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% por servicios de ambulancia aérea.
De rutina, transporte que no sea de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura



Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Medicare solo cubre una cantidad limitada de medicamentos bajo ciertas condiciones. Estos medicamentos a menudo se le administran en el consultorio de su proveedor. Pueden incluir cosas como vacunas, inyecciones y nebulizadores, entre otros. También pueden incluir medicamentos que usted se administra en casa mediante equipos médicos especializados. A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Medicamentos quimioterapéuticos	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido que se muestra es el máximo que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por determinados medicamentos.	Coseguro del 40%
Insulina de la Parte B	Copago de \$35	Copago de \$35
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido que se muestra es el máximo que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por determinados medicamentos.	Coseguro del 40%

Medicamentos de la Parte D de Medicare



La Parte D de Medicare cubre una amplia gama de medicamentos con receta. Pueden incluir medicamentos que usted toma por día para afecciones como presión arterial alta o diabetes.

Algunos medicamentos requieren **autorización previa**. Esto significa que debe recibir nuestra aprobación antes de que los cubramos.

Medicamentos con receta (Sus costos pueden ser menores si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional)

Nombre del formulario

B2

Medicamentos con receta de la Parte D a \$0

Es posible que reúna los requisitos para obtener medicamentos con receta de la Parte D a \$0 en su formulario. Consulte **la tabla del Programa de Asistencia de Aetna** para obtener más detalles.

Fase de deducible

Usted pagará el costo del medicamento negociado del plan hasta el límite del deducible.

El deducible se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 \$590

Fase de cobertura inicial

El plan pagará su parte del costo y usted pagará un copago o coseguro (su parte del costo) por cada surtimiento con receta. Para los niveles con un copago, usted pagará el menor de los copagos que figuran a continuación o el costo negociado del medicamento. Estos costos compartidos también se pueden aplicar a los medicamentos de infusión en el hogar cuando se obtienen a través de su beneficio de la Parte D. Los costos pueden variar según el tipo o estado de la farmacia.

Suministro para un mes

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Preferido Minorista	Estándar Minorista	Preferido Correo postal	Estándar Correo postal	Atención a largo plazo (LTC)
	30 días	30 días	30 días	30 días	31 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$2	\$0	\$2	\$2
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$12	\$0	\$12	\$12
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	24%	24%	24%	24%	24%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%	25%
Nivel 5: Medicamentos especializados	25%	25%	25%	25%	25%

Suministro a largo plazo

Su parte del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:

	Preferido Minorista	Estándar Minorista	Preferido Correo postal	Estándar Correo postal
	100 días	100 días	100 días	100 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$6	\$0	\$6
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$36	\$0	\$36
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	24%	24%	24%	24%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%	25%
Nivel 5: Medicamentos especializados	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos de Nivel 5.			

Límite de gastos de su bolsillo

\$2,000 es el monto máximo que usted pagará por sus gastos de bolsillo anuales de la Parte D.

Fase de cobertura en situaciones catastróficas

En esta fase, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Medicamentos genéricos y de marca \$0

Insulinas y vacunas

Mensaje importante sobre lo que usted paga por Vacunas de la Parte D. Nuestro plan cubre muchas de las vacunas sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por Insulinas de la Parte D. No pagará más de \$35 por un suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre o la fase de la Parte D en la que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte su guía del formulario para ver una lista de insulinas y vacunas cubiertas.

Otros beneficios cubiertos



Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare

Usted recibe una **tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare** para ayudar a pagar determinados gastos cotidianos. Los miembros que reúnen los requisitos pueden ser elegibles para recibir una billetera adicional. Consulte la tabla del **Programa de Asistencia de Aetna (AAP)** para obtener más detalles.

Beneficio

Billetera de productos de venta libre (OTC) de CVS

Usted recibe un monto trimestral de beneficios (asignación) de \$75.

Puede usar su billetera de productos de venta libre (OTC) de CVS para pagar determinados productos de salud y bienestar OTC, incluidos medicamentos para alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más.



Medicina alternativa

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Acupuntura	Copago de \$35 para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare	Coseguro del 40% para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare
	La cobertura de Medicare se limita a los servicios para tratar el dolor crónico en la zona lumbar. Los servicios de acupuntura no cubiertos por Medicare no están cubiertos.	
Servicios de quiropráctica	Copago de \$15 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare	Coseguro del 40% para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare
	La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Los servicios de quiropráctica no cubiertos por Medicare no están cubiertos.	



Suministros para la diabetes

Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas **OneTouch®/LifeScan** como nuestros suministros para la diabetes preferidos.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Suministros para la diabetes	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para los suministros OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción. Coseguro del 20% para suministros que no sean OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción (es posible que se requiera autorización previa).</p>	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para los suministros OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción. Coseguro del 20% para suministros que no sean OneTouch/LifeScan, incluidos tiras reactivas, glucómetros, soluciones, lancetas y dispositivos de punción (es posible que se requiera autorización previa).</p>



Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía anual de acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0</p> <p>Recibe una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante SilverSneakers®. Si prefiere ejercitarse en casa, puede pedir un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año a través de SilverSneakers. Si no vive cerca de un centro participante, las clases de acondicionamiento físico en línea están disponibles sin costo adicional.</p>



Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Exámenes y tratamiento de los pies	Copago de \$35 por consultas de podiatría cubiertas por Medicare	Coseguro del 40% para consultas de podiatría cubiertas por Medicare



Atención y apoyo a domicilio

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención médica a domicilio	Copago de \$0	Coseguro del 40%



Equipos y suministros médicos.

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, equipos de oxígeno, y glucómetros continuos (CGM)	Coseguro del 0% al 20% Coseguro del 0% para glucómetros de monitoreo continuo. Coseguro del 20% para todos los demás productos de equipo médico duradero (DME) cubiertos por Medicare	Coseguro del 40%
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%



Resources For Living®

Beneficio	
Resources For Living	Resources For Living lo ayuda a conectarse con recursos en su comunidad, como viviendas para personas mayores, atención diurna para adultos, subsidios para comidas, actividades en la comunidad y más.



Servicios para el trastorno por abuso de sustancias

A menudo, su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Servicios para el trastorno por abuso de sustancias para pacientes externos	Copago de \$40 por sesiones individuales. Copago de \$40 por sesiones grupales.	Coseguro del 40% por sesiones individuales. Coseguro del 40% por sesiones grupales.



Línea de enfermería durante las 24 horas

Puede hablar con un enfermero certificado en cualquier momento para analizar preguntas relacionadas con la salud.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Línea de enfermería durante las 24 horas	Copago de \$0

Programa de Asistencia de Aetna (AAP)**Calificaciones para elegibilidad:**

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, puede reunir los requisitos para recibir beneficios adicionales. Los CMS le notificarán cuando sea elegible para recibir "Ayuda adicional". Consulte la sección Ayuda adicional en el Capítulo 2 de la EOC para obtener más información.

Medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por Medicare a \$0

Si reúne los requisitos, usted pagará \$0 por los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos a través del Programa de apoyo para costos de Aetna Rx durante todas las etapas de cobertura cuando utilice una farmacia dentro de la red.

Billetera de apoyo adicional

Si reúne los requisitos, recibe un monto trimestral de beneficios (asignación) de \$30 .

Puede usar su Billetera de apoyo adicional para ayudar a pagar determinados alimentos saludables, productos de salud y bienestar de venta libre (OTC), transporte, servicios públicos y productos de atención personal.

Referencia rápida de contactos

Aetna: Antes de inscribirse 1-833-859-6031 (TTY: [711](tel:711)) [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com)

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna 1-833-570-6670 (TTY: [711](tel:711)) [AetnaMedicare.com/H3288-002](https://www.aetna.com/H3288-002)

Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare	CVS	1-844-428-8147 (TTY: 711) los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local, excluidos los días feriados nacionales CVS.com/Aetna
Servicios dentales	Aetna	1-833-570-6670 (TTY: 711) AetnaMedicare.com/dental
Anteojos	EyeMed	1-844-486-3485 (TTY: 711) AetnaMedicareVision.com
Audífonos	NationsHearing	1-877-225-0137 (TTY: 711) Aetna.NationsBenefits.com/Hearing
Línea directa de enfermería	Línea de enfermería durante las 24 horas	1-855-493-7019 (TTY: 711)
SilverSneakers	SilverSneakers	1-855-627-3795 (TTY: 711) SilverSneakers.com

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes D-SNP también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

Consulte la *Evidencia de cobertura* para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

La red de farmacias de Aetna Medicare incluye una cantidad limitada de farmacias preferidas de menor costo en: Área suburbana de Arizona, área rural de California, área urbana de Kansas, área rural de Michigan, área urbana de Michigan, área urbana de Missouri, área rural de North Dakota y área suburbana de West Virginia. Es posible que los costos inferiores publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que utiliza. Para obtener información actualizada sobre nuestras farmacias de la red, incluido si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, los miembros deben llamar al número que figura en su tarjeta de identificación, las personas que no son miembros deben llamar al número 1-833-859-6031 (TTY: [711](tel:711)) o pueden consultar el directorio de farmacias en línea en [AetnaMedicare.com/findpharmacy](https://www.aetnamedicare.com/findpharmacy).

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-833-570-6670 (TTY: [711](tel:711)) de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros tienen la opción de inscribirse para la entrega automática de pedidos por correo.

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. ©2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

La elegibilidad para los programas modelo de beneficio o incentivo (RI) en virtud del modelo de Diseño de seguros basado en el valor (VBID) no está garantizada y será determinada por Aetna después de la inscripción, en función de los criterios relevantes (por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa de manejo de enfermedades).

Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Para enviar un reclamo a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo involucra a un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona al presentar su queja.

Resources For Living es la marca que se utiliza para los productos y servicios ofrecidos a través del grupo de compañías subsidiarias de Aetna.

© 2024 Aetna Inc.
Y0001_H3288_002_PP44_SB2025_SP_M

20240912

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente al **1-833-859-6031 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamar de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora local.

Cómo comprender los beneficios

- La *Evidencia de cobertura* (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y de los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com) o llame al **1-833-859-6031 Â (TTY: 711)** para obtener una copia de la EOC.
- Consulte el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir otro médico.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que acude para obtener sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir otra farmacia para obtener los medicamentos.
- Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Cómo comprender las normas importantes

- Efecto sobre la cobertura actual. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura médica actual de Medicare Advantage terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera dar de baja su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos, este debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

©2024 Aetna Inc.

Y0001_NR_3667414_2025_SP_C

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 1-833-570-6670. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670。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 1-833-570-6670。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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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 1-833-570-6670. 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、1-833-570-6670. 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。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-833-570-6670. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

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

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que aparece en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, nuestro plan de salud proporciona servicios y ayudas auxiliares, sin costo y cuando sea necesario, para asegurar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva. Nuestro plan de salud también proporciona servicios de asistencia lingüística, sin costo, para las personas que tengan un dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que aparece en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su *Evidencia de cobertura*). También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono del Servicio de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: [711](#)). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicio de Atención al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

傳統漢語(中文) **(CHINESE):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。