



Resumen de beneficios para 2026

Estamos aquí para ayudar

Es posible que le surjan preguntas mientras lea esta información. Y está bien, estamos aquí para ayudar.

¿Aún no es miembro?

Llame al **1-833-859-6031** (TTY: **711**)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: 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**)

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.

Tenga en cuenta

Este es un resumen de los servicios que cubriremos desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

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

[AetnaMedicare.com/H2293-025](https://www.aetna.com/H2293-025)

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

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en Aetna Medicare Enhanced (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, Grayson, Hunt, Kaufman, Parker, Tarrant, Wise

Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Enhanced (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 Enhanced (PPO) no requiere una remisión de su 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/H2293-025](https://www.AetnaMedicare.com/H2293-025). Para la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You (Medicare y usted)*. Consúltelo en línea en [medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY: 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	\$50 Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible del plan	\$0
MOOP	\$6,750 para servicios dentro de la red \$10,100 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

Es posible que su proveedor necesite 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)	\$395 por día, para los días 1 a 6; \$0 por día, para los días 7 a 90; \$0 para días adicionales	40% por estadía
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$395	Coseguro del 40%
Hospital para pacientes externos	Copago de \$35 a \$350 Copago de \$35 para los servicios hospitalarios para pacientes externos que no sean cirugía Copago de \$350 por cada cirugía hospitalaria para pacientes externos	Coseguro del 40%
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$300	Coseguro del 40%



Consultas con el proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas

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	Coseguro del 0% al 40% Coseguro del 0% para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19 Coseguro del 40% para todos los demás servicios preventivos cubiertos por Medicare Para obtener una lista completa de servicios preventivos disponibles, consulte la EOC. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado.
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$50 para la atención de urgencia	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$50 para la atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia para emergencias (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$130 para la atención de urgencia Copago de \$300 para ambulancia Cobertura máxima: \$250,000 (lo máximo que pagaremos por su atención de emergencia y urgencia combinada en todo el mundo, incluida la ambulancia para emergencias).	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$130 para la atención de urgencia Copago de \$300 para ambulancia



Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes

Es posible que su proveedor necesite 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 Copago de \$0 para determinadas pruebas y servicios de diagnóstico cubiertos por Medicare, como el fondo de ojo, la espirometría y las pruebas de enfermedad arterial periférica (PAD)	Coseguro del 40%
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Coseguro del 40%
Servicios de radiología de diagnóstico, como tomografía computada/axial computada (CT/CAT) y resonancia magnética (MRI)	Copago de \$230	Coseguro del 40%
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0 a \$35 Copago de \$0 para los servicios brindados por su proveedor de atención primaria en su consultorio Copago de \$35 para los servicios brindados por un proveedor que no sea su proveedor 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 \$1,000 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 (no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 para servicios preventivos Coseguro del 20% al 50% para servicios integrales Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,500 para servicios integrales cubiertos. Usted es responsable del costo de cualquier servicio integral que exceda este monto. Los servicios integrales cubiertos incluyen empastes, extracciones, coronas y más. Los servicios preventivos cubiertos incluyen exámenes bucales, limpiezas y radiografías. No hay copagos para estos servicios cuando utilice un proveedor dentro de la red. Los servicios preventivos cubiertos no se tienen en cuenta para su monto anual de beneficios. Puede consultar a un proveedor dentro o fuera de la red de Aetna Dental PPO, que es diferente a su red médica, para servicios cubiertos. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que deba pagar los servicios en su totalidad y presentar una solicitud de reembolso. Consulte la EOC para obtener información sobre las exclusiones y limitaciones.	Coseguro del 50% para servicios preventivos Coseguro del 50% al 70% para servicios integrales



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 (un examen por año)	Copago de \$0 con un proveedor de EyeMed.	Copago de \$0 hasta \$50. Usted será responsable de cualquier monto facturado que exceda los \$50.
Lentes de contacto y anteojos	<p>Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$275 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

Es posible que su proveedor necesite 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	<p>\$300 por día, para los días 1 a 6; \$0 por día, para los días 7 a 90</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días por período de beneficios.</p>	40% por estadía
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	<p>Copago de \$35 para sesiones individuales Copago de \$35 para sesiones grupales</p>	<p>Coseguro del 40% para sesiones individuales Coseguro del 40% para sesiones grupales</p>
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	<p>Copago de \$35 para sesiones individuales Copago de \$35 para sesiones grupales</p>	<p>Coseguro del 40% para sesiones individuales Coseguro del 40% para sesiones grupales</p>



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y tratamiento

Es posible que su proveedor necesite 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 a 20; \$218 por día, para los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.	40% por estadía
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$35	Coseguro del 40%
Terapia ocupacional	Copago de \$35	Coseguro del 40%



Transporte en ambulancia y de rutina

Su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos el transporte que no sea de emergencia en aeronave de ala fija. 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 \$300 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% para servicios de ambulancia aérea	Copago de \$300 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% para 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 para determinadas afecciones. 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. Es posible que su proveedor necesite 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.

Los costos de los medicamentos con receta (sus costos pueden ser menores si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”)

Nombre del formulario: B2 (puede usar este cuando consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos).

Fase del deducible

Usted pagará el costo del medicamento negociado del plan hasta el límite del deducible de \$615. El deducible se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.

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. Pagará el menor de los copagos o coseguros enumerados 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 Pedido por correo	Estándar Pedido por correo	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: Medicamento de marca preferido	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 Pedido por correo	Estándar Pedido por correo
	100 días	100 días	100 días	100 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$6	\$0	\$6

	Preferido minorista	Estándar minorista	Preferido Pedido por correo	Estándar Pedido por correo
	100 días	100 días	100 días	100 días
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$36	\$0	\$36
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	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.			

Monto máximo que paga de su bolsillo

\$2,100 es el monto máximo que usted pagará por sus costos anuales que paga de su bolsillo 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.

Pagará \$0 por medicamentos genéricos y de marca en esta fase.

Insulinas y vacunas

Mensaje importante sobre lo que paga por las 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.

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

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

Otros beneficios cubiertos



Medicina alternativa

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Acupuntura	<p>Copago de \$35 para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</p> <p>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.</p>	<p>Coseguro del 40% para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</p>
Servicios de quiropráctica	<p>Copago de \$15 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare</p> <p>La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Los servicios de quiropráctica no cubiertos por Medicare no están cubiertos.</p>	<p>Coseguro del 40% para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare</p>



Suministros para la diabetes

Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas **Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia** 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 glucómetros Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia y suministros médicos para diabéticos</p> <p>Coseguro del 20% para glucómetros y suministros fabricados por proveedores que no sean Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia con una autorización previa aprobada</p>	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para glucómetros Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia y suministros médicos para diabéticos</p> <p>Coseguro del 20% para glucómetros y suministros fabricados por proveedores que no sean Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia con una autorización previa aprobada</p>



Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía anual de acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0</p> <p>Usted recibe una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante de 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 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare	Coseguro del 40% para consultas de podiatría cubiertas por Medicare



Atención y apoyo a domicilio

Es posible que su proveedor necesite 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

Es posible que su proveedor necesite 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 monitores continuos de glucosa (CGM)	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para monitores continuos de glucosa</p> <p>Coseguro del 20% para todos los demás productos de DME cubiertos por Medicare</p>	Coseguro del 40%
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Coseguro del 20%	Coseguro del 40%



Beneficio de venta libre (OTC)

El beneficio OTC proporciona productos seleccionados de salud y bienestar.

Beneficio

Monto de beneficios OTC (asignación)

Monto trimestral de beneficios (asignación) de \$50

Usted recibirá un monto trimestral de beneficios (asignación) para comprar productos OTC de salud y bienestar aprobados, como suministros de primeros auxilios, medicamentos para el resfrío y la alergia, analgésicos y más.

- El monto de beneficios está disponible el primer día de cada trimestre calendario. Los montos que no se usen no se acumularán en el siguiente trimestre.
- El monto de beneficios no está conectado a una tarjeta de pago o de débito.
- Puede comprar productos OTC en línea, por teléfono o en las tiendas independientes CVS.
- Consulte el catálogo de OTC para obtener una lista completa de los productos y detalles sobre cómo funciona el beneficio en [AetnaMedicare.com/H2293-025](https://www.aetna.com/medicare/h2293-025).



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 trastornos por consumo de sustancias

Es posible que su proveedor necesite 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 trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos

Copago de \$35 para sesiones individuales
Copago de \$35 para sesiones grupales

Coseguro del 40% para sesiones individuales
Coseguro del 40% para sesiones grupales

**Beneficio de visitante o por viaje**

Las normas del plan siguen aplicándose. Se requieren **autorizaciones previas** para determinados servicios.

Beneficio

Programa de visitante o por viaje:
Explorer

Le permite permanecer en su plan por hasta 12 meses cuando se encuentra fuera del área de servicio del plan.

Mientras viaja dentro de los Estados Unidos, puede realizar una consulta con un proveedor participante de Aetna Medicare y pagar el costo compartido dentro de la red. No todos los proveedores participan en una red multiestatal. En la mayoría de los casos, cuando reciba atención que no sea de urgencia ni de emergencia de un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos podría ser más alta. Comuníquese con nosotros para obtener ayuda para encontrar un proveedor participante en el área a la que viaja.

**Línea de enfermería durante las 24 horas**

Puede hablar con un enfermero certificado en cualquier momento para analizar preguntas relacionadas con la salud. Si bien solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar asesoramiento médico, el personal de la línea de enfermería las 24 horas puede brindar información sobre una variedad de temas de salud.

Beneficio**Sus costos en nuestro plan**

Línea de enfermería durante las 24 horas

Copago de \$0

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes DSNP 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.

Aetna es parte del grupo de compañías de CVS Health®.

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 urbana de Kansas, área urbana de Missouri, área rural de Michigan, área rural de Nebraska, área rural de North Dakota, área suburbana de West Virginia y área suburbana de Puerto Rico. 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 **1-833-859-6031 (TTY: 711)**, o pueden consultar el directorio de farmacias en línea en [AetnaMedicare.com/findpharmacy](https://www.aetna.com/medicare/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 a **1-833-570-6670 (TTY: 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.

Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: CVS Retail, servicio de correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias de cuidados a largo plazo de OMNI Care.

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.

© 2025 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Otras marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

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 (**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. 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.

© 2025 Aetna Inc.
Y0001_H2293_025_PQ91_SB2026_SP_M
20250911

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

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.AetnaMedicare.com) o llame al [1-833-859-6031](tel:1-833-859-6031) (TTY: [711](tel:1-833-859-6031)) para ver 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.

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 2027.
- ☐ 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.

©2025 Aetna Inc.

Y0001_NR_5520902_2026_SP_C

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

እርስዎ ወጪ ሳያውጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በዚህ ሰነድ ላይ ወዳለዉ ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على خدمات اللغة مجانًا، اتصل بالرقم المذكور في هذه الوثيقة. (Arabic)

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。 (Chinese)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa doookumentii kanarra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro indiqué sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang san ou pa peye anyen, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer in diesem Dokument an. (German)

Inā ake ‘oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona ‘oe i ka helu ma kēia palapala. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj ntawm daim ntawv no. (Hmong)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato in questo documento. (Italian)

無料の言語サービスをご利用いただくには、この書類に記載されている番号にお電話ください。 (Japanese)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျုးလၢၣ်စ့ၤ လၢန့ၢ်ဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤ အဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 이 문서에 있는 전화번호로 전화하세요. (Korean)

ເພື່ອ ຄົ້ນຄວາມການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບໍ່ສະຍາຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທໃນເອກະສານນີ້. (Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج در این سند تماس بگیرید. (Persian farsi)

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany w tym dokumencie. (Polish)

Ligue para o número indicado neste documento para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному в этом документе. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que aparece en este documento. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại ghi trên tài liệu này.
(Vietnamese)

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3