



Resumen de beneficios para 2027

Desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027

Este es un resumen de los costos y la cobertura de su plan. Para obtener una lista completa de lo que cubrimos y las limitaciones, revise la *Evidencia de cobertura* (EOC) en [AetnaMedicare.com/H4523-021](https://www.aetna.com/H4523-021) o llámenos para solicitar una copia.

Sus preguntas son importantes para nosotros y estamos aquí para ayudarlo

Si usted es miembro de un plan de Aetna, llame al:

1-833-570-6670 (TTY: **711**)

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

Si aún no es miembro de un plan de Aetna, llame al:

1-844-509-6254 (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

Un miembro del equipo de Aetna atenderá su llamada.

2027-H4523.021.2

Acerca de este plan

Aetna Medicare Prime Care (HMO) es un plan HMO. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta. Tómese un momento para revisar la siguiente información importante:

- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Requerimos que seleccione un PCP de la red para ayudar a coordinar su atención. Cuando se inscriba, le preguntaremos qué PCP ha elegido. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Llámenos o inicie sesión en el portal para miembros para cambiar su PCP en cualquier momento.
- **Red:** Nuestro plan cuenta con una red de proveedores selectos para ofrecer atención centrada en el paciente, servicios coordinados y una mejor comunicación con los proveedores. Para localizar un proveedor de la red puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros o buscar en el directorio de proveedores en línea.
- **Remisiones:** Por lo general, su PCP debe dar la aprobación antes de que usted recurra a otros proveedores de la red. No se requiere remisión para los servicios de emergencia o de urgencia.
- **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/H4523-021](https://www.aetna.com/H4523-021). 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.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en **Aetna Medicare Prime Care (HMO)**, deberá cumplir con los siguientes criterios:

- 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

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

Comprender los costos que paga de su bolsillo

- **Prima del plan:** El monto que paga mensualmente para mantener el seguro de salud activo.
- **Deducible:** El monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan pague.
- **Monto máximo que paga de su bolsillo:** Lo máximo que pagará de su bolsillo en un año del plan por la atención cubierta.

Costos que paga de su bolsillo	
Prima mensual del plan	\$0
	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible del plan	\$0

Costos que paga de su bolsillo	
MOOP	\$4,200 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 en nuestro plan
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	\$375 por día, para los días del 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90; \$0 para días adicionales
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	Copago de \$375
Hospital para pacientes externos	Copago de \$25 a \$325 Copago de \$25 por los servicios hospitalarios para pacientes externos que no sean cirugía Copago de \$325 por cada cirugía hospitalaria para pacientes externos
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$275

Servicios del proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
PCP	Copago de \$0
Especialista	Copago de \$25

Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
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.
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de \$150 para la atención de emergencia Copago de \$65 para la atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia de emergencia (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$150 para la atención de emergencia Copago de \$150 para la atención de urgencia Copago de \$295 para ambulancia

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
	Cobertura máxima: \$250,000. Esto es lo máximo que pagaremos por el costo combinado de la atención de emergencia, la atención de urgencia y los servicios de ambulancia de emergencia recibidos fuera de los EE. UU.

Servicios de diagnóstico, análisis de 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. Es posible que deba recibir una remisión de su PCP antes de poder recibir estos servicios.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de \$40 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)
Servicios de laboratorio	Copago de \$0
Servicios de radiología de diagnóstico, como tomografías computadas (CT) o tomografías axiales computadas (CAT) y resonancias magnéticas (MRI)	Copago de \$275
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

Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de \$25
Exámenes auditivos de rutina	Copago de \$0 Recibe un examen auditivo de rutina por año con un proveedor de la red de NationsHearing®.
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. Este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor autorizado de la red de NationsHearing®.

Servicios dentales

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 para servicios preventivos Coseguro del 50% para servicios integrales Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$3,000 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 copago por estos servicios y no cuentan para el monto anual de beneficios. Este beneficio utiliza la red dental de Aetna Dental PPO, que es diferente a su red médica, para los servicios cubiertos. Si elige atenderse con un proveedor fuera de la red de Aetna Dental PPO, sus servicios no estarán cubiertos. Consulte la EOC para obtener información sobre las exclusiones y limitaciones.

Servicios de la vista

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$0
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0
Examen de la vista de rutina (un examen por año)	Copago de \$0 con un proveedor de la red de EyeMed
Lentes de contacto y anteojos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$275 para anteojos con receta cubiertos. Solo puede usar su monto de beneficios para comprar anteojos a través de un proveedor de la red de EyeMed. 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.

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 en nuestro plan
Hospitalización psiquiátrica	\$375 por día, para los días del 1 al 6; \$0 por día, para los días 7 al 90 Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico.
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	Copago de \$35 para sesiones individuales Copago de \$35 para sesiones grupales
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	Copago de \$35 para sesiones individuales Copago de \$35 para sesiones grupales

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. Es posible que deba recibir una remisión de su PCP antes de poder recibir estos servicios. 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 en nuestro plan
Cuidado en un SNF	\$20 por día, para los días del 1 al 20; \$221 por día, para los días 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$35
Terapia ocupacional	Copago de \$35

Transporte en ambulancia y de rutina

Su proveedor necesita nuestra aprobación antes de que cubramos el transporte que no sea de emergencia. Esto se denomina autorización previa o precertificación.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta)	Copago de \$295 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% para servicios de ambulancia aérea
De rutina, transporte que no sea de emergencia	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 preventivas, 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 en nuestro plan
Medicamentos quimioterapéuticos	Coseguro del 20%
Insulina de la Parte B	Copago de \$35
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 20%

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 todos los días 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.

Costos de los medicamentos con receta

Los costos pueden ser menores si califica 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 \$400. 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. Usted pagará el menor de los copagos/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:

	Minorista preferido	Minorista estándar	Pedido por correo preferido	Pedido por correo estándar	Atención a largo plazo (LTC)
	30 días	30 días	30 días	30 días	31 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	\$0	\$5	\$0	\$5	\$5
Nivel 2: Medicamento genérico	\$0	\$12	\$0	\$12	\$12
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	13%	13%	13%	13%	13%
Nivel 4: Medicamento no preferido	30%	30%	30%	30%	30%
Nivel 5: Medicamento especializado	29%	29%	29%	29%	29%

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:

	Minorista preferido	Minorista estándar	Pedido por correo preferido	Pedido por correo estándar
	100 días	100 días	100 días	100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	\$0	\$15	\$0	\$15
Nivel 2: Medicamento genérico	\$0	\$36	\$0	\$36
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	13%	13%	13%	13%
Nivel 4: Medicamento no preferido	30%	30%	30%	30%
Nivel 5: Medicamento especializado	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos de Nivel 5.			

Monto máximo que paga de su bolsillo	\$2,400 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. Usted pagará \$0 por los medicamentos genéricos y de marca en esta fase.
Insulinas y vacunas	Insulina 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. Vacunas preventivas de la Parte D: Nuestro plan cubre muchas de las vacunas 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 de la Parte D.

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 califican pueden ser elegibles para recibir una billetera adicional. Consulte la tabla de Beneficios complementarios especiales para obtener más detalles.

Beneficio	
Billetera de productos de venta libre (OTC)	Usted recibe un monto trimestral de beneficios (asignación) de \$65 en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare. Puede usar su billetera de productos de venta libre (OTC) para ayudar a pagar determinados productos de salud y bienestar OTC, incluidos medicamentos para alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Los productos aprobados se pueden adquirir en tiendas autorizadas participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las ubicadas dentro de otras tiendas). También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits™, ingresar a CVS.com/Aetna o comprar por teléfono. Importante: • Si recibió una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y no ha cambiado de plan, conserve su tarjeta. No recibirá una nueva tarjeta por correo para el año del plan 2027. • Si es un miembro nuevo o no se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026, debería obtener una nueva tarjeta antes de que comience su plan. • Si se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare en 2026 y cambió de plan, puede recibir una nueva tarjeta. No descarte su tarjeta actual a menos que reciba una nueva.

Medicina alternativa

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Acupuntura	Copago de \$25 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 \$20 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
	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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para la diabetes	Coseguro del 0% al 20% para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare • Coseguro del 0% para los glucómetros (BGM) y suministros médicos para diabéticos Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia • Coseguro del 20% para los glucómetros (BGM) y suministros fabricados por proveedores que no sean Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia con una autorización previa aprobada Cubrimos exclusivamente los glucómetros (BGM) y las tiras reactivas Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia como suministros preferidos. Coseguro del 0% para monitores continuos de glucosa (CGM) cubiertos por Medicare

Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía básica de acondicionamiento físico de SilverSneakers®	Copago de \$0 Recibe una membresía básica en cualquier centro de acondicionamiento físico participante autorizado de SilverSneakers®. Adicionalmente, se ofrecen clases y kits de acondicionamiento físico para el hogar. Puede solicitar un kit de acondicionamiento físico por año a través de SilverSneakers.

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Es posible que deba recibir una remisión de su PCP antes de recibir estos servicios.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamiento de los pies	Copago de \$25 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare Los servicios de podiatría no cubiertos por Medicare no están cubiertos.

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 en nuestro plan
Atención médica a domicilio, como servicios de enfermería especializada y auxiliar de salud a tiempo parcial, y fisioterapia	Copago de \$0 para servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare Los servicios de atención médica a domicilio no cubiertos por Medicare no están cubiertos.

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 en nuestro plan
Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas y equipos de oxígeno	Coseguro del 20%
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Coseguro del 20%

Resources For Living®

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Resources For Living®	Resources For Living® lo ayuda a conectarse con los servicios de la comunidad local, como el apoyo a los cuidadores, los servicios de comidas y atención en el hogar, las actividades de voluntariado y el transporte. Estos servicios no son los mismos que los beneficios cubiertos por su plan de Aetna, y Aetna no proporciona los servicios. Si usa servicios que tienen costos, deberá pagarlos. Resources For Living® también ofrece orientación personalizada sin costo adicional para ayudarlo a alcanzar sus objetivos personales, como mejorar el bienestar físico, establecer conexiones sociales o enfocarse en el crecimiento personal.

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 en nuestro plan
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos	Copago de \$35 para sesiones individuales Copago de \$35 para sesiones grupales

Línea de enfermería durante las 24 horas

Puede hablar con un enfermero certificado en cualquier momento para analizar cuestiones relacionadas con la salud. Si bien solo su médico puede diagnosticar, recetar o dar asesoramiento médico, el personal de la Línea de enfermería durante 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	\$0

Beneficios complementarios especiales

Nuestro plan ofrece beneficios adicionales a los miembros que califican. Consulte la EOC para obtener una lista completa de los criterios de elegibilidad.

Billetera de apoyo adicional	
Calificaciones para elegibilidad	Si se le diagnostica una o más de las afecciones crónicas enumeradas en la EOC y cumple con todos los demás criterios, puede ser elegible para recibir beneficios adicionales en virtud de nuestro plan para ayudar a controlar su salud y bienestar general. La inscripción en el plan no garantiza la elegibilidad. Recibirá beneficios complementarios especiales después de que se determine que cumple las calificaciones para elegibilidad. Sin embargo, no recibirá beneficios para ningún período antes de que se determine su elegibilidad.
Beneficios	Después de cumplir con todas las calificaciones para elegibilidad, recibirá una billetera de apoyo adicional con un monto trimestral de beneficios (asignación) de \$50. 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. Los productos aprobados se pueden adquirir en tiendas autorizadas participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las ubicadas dentro de otras tiendas). También puede usar la aplicación CVS Flex Benefits™, conectarse en línea en CVS.com/Aetna o comprar por teléfono. Importante: Si califica, esta billetera se agregará a su tarjeta de beneficios adicionales actual de Aetna® Medicare.

Programa de incentivo de proveedores de alto valor (HVPIP) de Aetna	
Calificaciones para elegibilidad	Un proveedor de atención primaria (PCP) de alto valor puede ofrecer un enfoque integral para la gestión de su atención. Puede ser elegible para los beneficios complementarios adicionales o una reducción de los costos compartidos que se muestran a continuación si califica para recibir una billetera de apoyo adicional y elige un PCP de alto valor que califique como su PCP registrado. Para obtener más información sobre el programa y cómo calificar, consulte la EOC.

Programa de incentivo de proveedores de alto valor (HVPI) de Aetna

Beneficios	Si califica, obtendrá lo siguiente: • Billetera de apoyo adicional para proveedores de alto valor (HVP): ◦ Monto trimestral de beneficios (asignación) de \$30 en una billetera de apoyo adicional HVP cargada en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare. • Costos reducidos para servicios dentro de la red: ◦ Servicios de especialistas cubiertos por Medicare, incluidos los servicios de podiatría: Copago de \$10 para cada consulta ◦ Tratamiento de salud mental para pacientes externos cubierto por Medicare (sesiones individuales o grupales): Copago de \$0 por cada servicio ◦ Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos cubierto por Medicare (sesiones individuales o grupales): Copago de \$0 por cada servicio ◦ Ecocardiogramas y pruebas de estrés cubiertos por Medicare: Copago de \$0 para cada servicio Es posible que se requiera autorización previa para determinados servicios y es responsabilidad de su proveedor.
------------	--

Los beneficios que se mencionan son parte de los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Las afecciones de los SSBCI incluyen, entre otras: Hipertensión, hiperlipidemia, diabetes, trastornos cardiovasculares y trastornos pulmonares crónicos. La elegibilidad se determina en función de si tiene una afección crónica asociada con este beneficio y cumple con los demás criterios. Incluso si tiene una afección crónica enumerada, es posible que no necesariamente reciba el beneficio porque pueden aplicarse otros criterios de elegibilidad y cobertura. Las normas y condiciones pueden variar según el beneficio. Comuníquese con nosotros para confirmar los requisitos específicos de las afecciones de los SSBCI para los beneficios de este plan y determinar su elegibilidad.

Programa de apoyo para la atención del cáncer de Aetna

Calificaciones para elegibilidad	Si un profesional médico le ha diagnosticado cáncer y está recibiendo tratamiento activo contra el cáncer, puede ser elegible para el Programa de apoyo para la atención del cáncer de Aetna.
Beneficios	Si califica, puede obtener ciertas visitas al consultorio del oncólogo o especialista en persona o por telesalud con un proveedor designado por Aetna por \$0.

Descargos de responsabilidad

Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes DSNP también tienen contratos con los programas de Medicaid estatal. 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 los 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 rural de Nebraska, área rural de North Dakota, los suburbios de West Virginia, área urbana de Kansas y área urbana de Missouri. 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 **1-844-509-6254 (TTY: 711)** o pueden consultar el directorio de farmacias en línea en [AetnaMedicare.com/findpharmacy](https://www.aetna.com/findpharmacy).

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su domicilio 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.

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.

© 2026 NationsBenefits, LLC. Todos los derechos reservados. NationsHearing es una marca registrada de NationsBenefits, LLC. Otras marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

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

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 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.

© 2026 Aetna Inc.
Y0001_H4523_021_HQ61_SB2027_SP_M
20260914

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 **1-844-509-6254 (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.

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 **1-844-509-6254 (TTY: 711)** 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 de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no puede usar.
- ☐ 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 2028.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

© 2026 Aetna Inc.

Y0001_NR_8626050_2027_SP_C

Notice of Availability (NOA)

TTY: 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 လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤ အဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພື່ອ ຄົ້ນຄວາມບໍລິການພາສາໂດຍ ບໍ່ສວຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, 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