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, consulte la *Evidencia de cobertura* (EOC) en **AetnaMedicare.com/H8597-002** o llámenos para solicitar una copia.

Sus preguntas son importantes para nosotros y estamos aquí para ayudarle

Si usted es miembro del plan de Aetna, llame al:
1-866-409-1221 (**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-H8597.002.2

Acerca de este plan

Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP) es un plan D-SNP, o un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta. Nuestro D-SNP es para personas con Medicare que también son elegibles para recibir algunos niveles de asistencia de Medicaid. Reemplaza su cobertura de Original Medicare. Seguirá teniendo Medicare, pero recibirá esto a través de nosotros en lugar del gobierno federal. Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y también proporcionamos beneficios y servicios adicionales. 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. Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna® y, si se le proporciona una, su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cuando visite al proveedor o vaya a la farmacia.
- **Remisiones:** Con Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP), usted no necesita una remisión de su PCP para consultar a un especialista. Tenga en cuenta que algunos proveedores pueden requerir una recomendación o un plan de tratamiento de su PCP 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/H8597-002**. 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** 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.

Una mejor salud es un trabajo en equipo

Con nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) de Medicare Advantage, tendrá un equipo de atención de su lado, listo para ayudarle a alcanzar la mejor salud posible y facilitarle la vida.

- Su **enfermero administrador de atención** es un único punto de contacto para ayudar a coordinar su atención.
- Su **trabajador social** lo pondrá en contacto con programas en su comunidad y ayudará con las preguntas que tenga sobre los servicios sociales.
- Su **coordinador de atención** ayudará a programar citas con el proveedor, organizar traslados y trabajará con usted para satisfacer sus necesidades personales.
- Nos hemos asociado con BeneLynk para ayudarlo con sus beneficios estatales de Medicaid y Ayuda adicional para obtener asistencia con medicamentos con receta.

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en **Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP)**, deberá cumplir con los siguientes criterios:

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener la Parte B de Medicare.
- Estar en un “Programa de ahorros de Medicare” (MSP) o calificar para recibir los beneficios de Medicaid del estado. Consulte la tabla a continuación para conocer las categorías de elegibilidad.
- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados:
  Texas: Bosque, Collin, Dallas, Ellis, Fannin, Grayson, Hill, Hood, Hunt, Johnson, Limestone, McLennan, Montague, Navarro, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant, Wise

  Ya no se aceptan nuevas inscripciones de beneficiarios con doble elegibilidad completa que residen en el condado de Dallas. Si actualmente es miembro con doble elegibilidad completa y

reside en el condado de Dallas, puede continuar su membresía durante el año del plan 2027. Sin embargo, si cancela su inscripción en el plan, no podrá volver a inscribirse en una fecha posterior.

Programa de ahorros de Medicare

Categoría de elegibilidad	Lo que cubre
Beneficiario calificado de Medicare Plus (QMB+)	Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos, como deducibles, coseguros y copagos. Además, es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid de su programa de Medicaid estatal.
Beneficiario específico de bajos ingresos de Medicare Plus (SLMB+)	Ayuda a pagar las primas de la Parte B de Medicare y posiblemente de la Parte A. Medicaid puede cubrir una parte del costo compartido de Medicare para recibir servicios médicos, según el programa de Medicaid de su estado. Es elegible para recibir todos los beneficios de Medicaid.

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 activo su seguro de salud.
- **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
Deducible del plan	$0
MOOP	$9,850 Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima que paga de su bolsillo.

Beneficios médicos y hospitalarios

Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga un copago de $0.

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
Pacientes internados	Copago de $0 El plan cubre 90 días en cada período de beneficios y hasta 60 días de reserva de por vida. Los días de reserva de por vida solo se pueden usar una vez.
Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	Copago de $0
Hospital para pacientes externos	Copago de $0
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de $0

Servicios del proveedor de atención primaria (PCP) y especialistas

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

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.
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de $0 para la atención de emergencia Copago de $0 para la atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia de emergencia (fuera de los EE. UU.)	Copago de $0 para la atención de emergencia Copago de $0 para la atención de urgencia Copago de $0 para ambulancia 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.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de $0
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 $0

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Radiografías para pacientes externos	Copago de $0

Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de $0
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 $1,250 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 los servicios cubiertos Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de $1,000 para los servicios cubiertos. Usted es responsable de cualquier costo que exceda este monto. Los servicios cubiertos incluyen exámenes bucales, radiografías, limpiezas, empastes, extracciones y más. Este beneficio utiliza la red de Aetna Dental PPO, que es diferente de 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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Lentes de contacto y anteojos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de $325 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 para pacientes internados	Copago de $0 Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico.
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	Copago de $0 para sesiones individuales Copago de $0 para sesiones grupales
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	Copago de $0 para sesiones individuales Copago de $0 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. 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	Copago de $0 Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de $0
Terapia ocupacional	Copago de $0

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 $0
De rutina, transporte que no sea de emergencia	Copago de $0

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
	Usted recibe hasta 12 viajes de ida o vuelta por año a los lugares aprobados del plan (hasta 100 millas por viaje). Los ejemplos de lugares aprobados por el plan incluyen consultorios médicos y centros de atención de urgencia. Nos hemos unido a nuestro proveedor autorizado SafeRide para brindar este beneficio.

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	Copago de $0
Insulina de la Parte B	Copago de $0
Otros medicamentos de la Parte B	Copago de $0

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

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

Si califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:	
Deducible	$0
Fase de cobertura inicial	Costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS) durante la fase de cobertura inicial (los copagos o el coseguro pueden variar según su nivel de "Ayuda adicional"): Medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos): $0, $1.65 o $5.80. Para todos los demás medicamentos cubiertos: $0, $5.00 o $14.40.

Si no califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta, usted paga:	
Fase del deducible	Usted pagará el costo del medicamento negociado del plan hasta el límite del deducible de $700. El deducible se aplica a los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.

Si no califica para recibir "Ayuda adicional" de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta, usted paga:	
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 estándar	Pedido por correo estándar	Atención a largo plazo (LTC)
	30 días	30 días	31 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	$0	$0	$0
Nivel 2: Medicamento genérico	$0	$0	$0
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	9%	9%	9%
Nivel 4: Medicamento no preferido	25%	25%	25%
Nivel 5: Medicamento especializado	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:

	Minorista estándar	Pedido por correo estándar
	100 días	100 días
Nivel 1: Medicamento genérico preferido	$0	$0
Nivel 2: Medicamento genérico	$0	$0
Nivel 3: Medicamento de marca preferido	9%	9%
Nivel 4: Medicamento no preferido	25%	25%
Nivel 5: Medicamento especializado	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos de Nivel 5.	

Puede recibir un suministro para 30, 60 o 100 días de la mayoría de sus medicamentos a través de las farmacias de pedido por correo y minoristas de la red. Esto incluye medicamentos de infusión en el hogar obtenidos a través de su beneficio de la Parte D. Nota: Los medicamentos especializados tienen un límite de 30 días.

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 categorías de gastos adicionales. Consulte la tabla de Beneficios complementarios especiales para obtener más detalles.

Beneficio	
Billetera de productos de venta libre (OTC)	Usted recibe un monto mensual de beneficios (asignación) de $115 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.

Beneficio	
	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 $0 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 $0 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

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para la diabetes	Copago de $0 para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare Cubrimos exclusivamente los glucómetros (BGM) y las tiras reactivas Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia como suministros preferidos. Copago de $0 para monitores continuos de glucosa (MCG) cubiertos por Medicare

Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía básica de acondicionamiento físico de SilverSneakers®	Copago de $0

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
	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.

Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Exámenes y tratamiento de los pies	Copago de $0 para consultas de podiatría cubiertas y no cubiertas por Medicare. Para los servicios no cubiertos por Medicare, cubrimos hasta doce consultas por año.

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.
Beneficio de comidas (después del alta)	Copago de $0 para el beneficio de comida cuando utiliza nuestro proveedor autorizado, NationsMarket™ Después del alta de un hospital de cuidados agudos para pacientes internados, hospital psiquiátrico para pacientes internados o centro de atención de enfermería especializada que califican, puede ser elegible para recibir un máximo de 14 comidas recién preparadas durante un período de 7 días. Estas comidas se proporcionan para ayudar a respaldar su recuperación o controlar sus afecciones de salud. Nos hemos asociado con nuestro proveedor autorizado, NationsMarket™, para brindarle este beneficio.
Sistema personal de respuesta ante emergencias	Copago de $0 Nuestro plan cubre un sistema de respuesta ante alertas médicas a través de nuestro proveedor autorizado, LifeStation, para brindarle acceso a asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en caso de una caída o una emergencia. LifeStation es nuestro proveedor autorizado para este beneficio. Los miembros acceden a este beneficio a través de la administración de la atención de Aetna.

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	Copago de $0
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Copago de $0
Prevención de caídas	Usted recibirá un monto anual de beneficios (asignación) de $150 para comprar determinados productos aprobados de seguridad para el hogar y el baño.

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 ayudarle 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 $0 para sesiones individuales Copago de $0 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, el monto mensual de beneficios de $115 en la billetera de productos de venta libre (OTC) se cambiará a la billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales. Los miembros que califican pueden usar esta billetera para ayudar a pagar determinados alimentos saludables, productos de salud y bienestar de venta libre (OTC), transporte, servicios públicos y productos de atención personal. Esto reemplazará su billetera de productos de venta libre. No se le aplicarán fondos adicionales a su tarjeta. Los productos aprobados se pueden adquirir en tienda 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 recibir los beneficios complementarios adicionales que se muestran a continuación si califica para obtener la 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.
Beneficios	Si califica, obtendrá lo siguiente: • Billetera de apoyo adicional para proveedores de alto valor (HVP): ◦ Monto mensual de beneficios (asignación) de $30 en una billetera de apoyo adicional para HVP en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna® Medicare

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.

Resumen de los beneficios de Medicaid

Este es un resumen de lo que cubre Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP) y su programa de Medicaid estatal.

A continuación, encontrará un resumen de beneficios de Medicaid y Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP). Si califica para recibir Medicare y Medicaid (o "asistencia médica"), usted tiene "doble elegibilidad". Esto significa que es elegible para recibir beneficios en virtud del programa federal de Medicare y el programa de Medicaid de Texas.

Lo que pague por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad para Medicaid. Si reúne los requisitos del estado para recibir cobertura completa de Medicaid, también puede obtener servicios de Medicaid que no estén cubiertos por Medicare. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, o para obtener una lista completa de sus beneficios cubiertos de Medicaid, simplemente llame a su Medicaid de Texas.

En la tabla que figura a continuación verá un resumen de los beneficios que cubre Medicaid. Aetna Medicare Full Dual (HMO D-SNP) cubre los beneficios que hemos descrito anteriormente en la sección "Beneficios médicos y hospitalarios". Para cada beneficio que se indica a continuación, puede ver lo que cubre Medicaid y lo que cubre nuestro plan. **Recuerde:** Medicaid puede cubrir beneficios adicionales que no se mencionan a continuación. Puede haber límites para algunos servicios. Si necesita un servicio que solo está cubierto por Medicaid, el proveedor que elija debe estar inscrito con Medicaid.

Servicio	Medicaid estatal	Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP)
Acupuntura	Sin cobertura	Con limitaciones (consulte la EOC para obtener detalles de cobertura)
Servicios de ambulancia	✓	✓
Dispositivos de comunicación asistencial	✓	✓
Medición de la masa ósea	✓	✓
Rehabilitación cardíaca	✓	✓
Servicios de quiropráctica	✓	Con limitaciones (consulte la EOC para obtener detalles de cobertura)
Exámenes de detección colorrectal	Con cobertura (a partir de los 45 años)	✓
Servicios dentales	✓	✓
Suministros para la diabetes	✓	✓
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	✓	✓

Servicio	Medicaid estatal	Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP)
Visitas al consultorio del médico	✓	✓
Equipo médico duradero	✓	✓
Atención de emergencia	✓	✓
Enfermedad renal terminal	Con cobertura (cuando se agota Medicare)	✓
Educación sobre salud y el bienestar	✓	✓
Servicios auditivos	✓	✓
Servicios de exención basados en el hogar o la comunidad (solo QMB+)	✓	Sin cobertura
Atención médica a domicilio	✓	✓
Hospicio	✓	Con limitaciones (consulte la EOC para obtener detalles de cobertura)
Vacunas	✓	✓
Atención hospitalaria para pacientes internados	✓	✓
Atención de salud mental para pacientes internados	✓	✓
Mamografías (exámenes de detección anuales)	✓	✓
Centro de atención de enfermería	✓	Con limitaciones
Dispositivos ortésicos y protésicos	✓	✓
Atención de salud mental para pacientes externos	✓	✓
Servicios de rehabilitación para pacientes externos	✓	✓
Servicios/cirugía para pacientes externos	✓	✓
Trastorno por consumo de sustancias para pacientes externos	✓	✓
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos	✓	✓
Servicios de podiatría	✓	✓
Medicamentos con receta	✓	✓

Servicio	Medicaid estatal	Aetna Medicare Full Dual Care (HMO D-SNP)
Exámenes de detección del cáncer de próstata	✓	✓
Centro de atención de enfermería especializada (SNF)	✓	✓
Servicios de telemedicina	Con cobertura (cuando no está cubierto por Medicare o se agota Medicare)	✓
Servicios de odontología virtual	✓	✓
Transporte (de rutina)	✓	✓
Atención de urgencia	✓	✓
Servicios de la vista	✓	✓

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.

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 **1-866-409-1221** (**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. Las marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

© 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_H8597_002_DS73_SB2027_SP_M
20260911

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** 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. La prima de la Parte B está cubierta para los miembros con doble elegibilidad completa.
- ☐ 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).
- ☐ Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su posibilidad para inscribirse dependerá de la verificación de si tiene derecho a recibir asistencia médica y de Medicare de un plan estatal conforme a Medicaid.

© 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 ሳያወጡ 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 ʻoe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona ʻoe 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)

လာကမၤနၢ့် ကျိာ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၣ်ဘူၣ်လၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီလံာ်မီအံၤ အဖီခိၣ်နၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພ່ ອ້ຽຂາຕ່ຖ້ການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບເສຍຄ່າ ໃຊ້ຈ່າຍใดๆ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທໃນເອກະສານ້ີ. (Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរស័ព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (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