



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 lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m.

¿Ya es miembro?

Llame al **1-866-409-1221** (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?

Solo visite

[AetnaMedicare.com/H4523-044](https://www.aetna.com/H4523-044),

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

¿Es elegible para inscribirse?

Para inscribirse en Aetna Medicare Partial Dual Care (HMO D-SNP) 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: Bosque, Collin, Dallas, Denton, Ellis, Fannin, Grayson, Hill, Hood, Hunt, Johnson, Kaufman, Limestone, McLennan, Montague, Navarro, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant, Wise
- Estar en un “Programa de ahorros de Medicare” (MSP) o reunir los requisitos para los beneficios de Medicaid del estado. Consulte la tabla a continuación para conocer las categorías de elegibilidad.

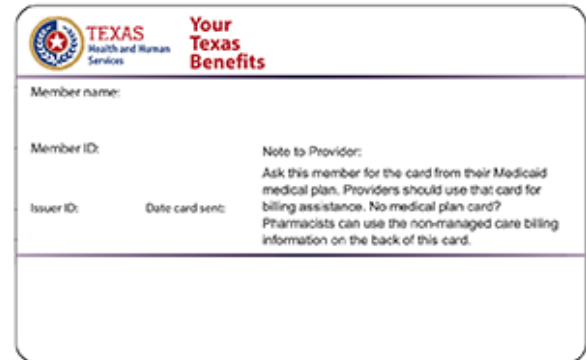
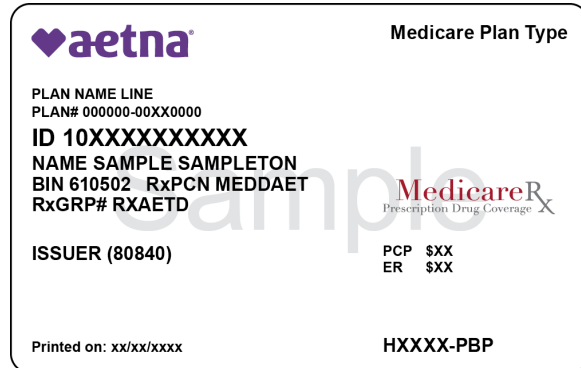
Una mejor salud es un trabajo en equipo

Con nuestro plan de necesidades especiales con doble elegibilidad o D-SNP de Medicare Advantage, tendrá un equipo de atención de su lado, listo para ayudarlo 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.

Categoría de elegibilidad	Lo que cubre
Beneficiario calificado de Medicare (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). (Algunos beneficiarios calificados de Medicare (QMB) también son elegibles para recibir beneficios completos de Medicaid (QMB+)).

Asegúrese de mostrar su tarjeta de identificación de miembro de Aetna® **Y** su tarjeta de identificación de Medicaid del estado cuando visite al proveedor o vaya a la farmacia.



Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Partial Dual Care (HMO D-SNP) es un plan D-SNP. Este es un plan Medicare Advantage que cubre medicamentos con receta.
- **Información sobre D-SNP:** 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.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Tener un PCP es importante para ayudar a coordinar su atención. Requerimos que usted seleccione un PCP. Cuando se inscriba, le preguntaremos quién es su PCP. Si no nos lo informa, le asignaremos uno. Llámenos o inicie sesión en el portal para miembros para cambiar su PCP en cualquier momento.
- **Remisiones:** Con Aetna Medicare Partial Dual Care (HMO D-SNP), usted no necesita 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/H4523-044](https://www.aetna.com/Medicare/H4523-044). 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	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	La prima de la Parte B se reducirá en \$2.
Deducible del plan	\$0
MOOP	\$9,250 Siempre que Medicaid continúe pagando su deducible, coseguro y copagos de Medicare, usted no tendrá una responsabilidad máxima de 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
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	Copago de \$0
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$0
Hospital para pacientes externos	Copago de \$0
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$0



Consultas con el 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 (lo máximo que pagaremos por su atención de emergencia y de urgencia combinadas en todo el mundo, incluida la 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 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
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0

**Servicios auditivos**

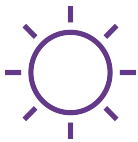
Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de \$0
Exámenes auditivos de rutina	Copago de \$0 Recibe un examen auditivo de rutina por año con un proveedor de la red de NationsHearing®.
Audífonos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$2,000 por oído. 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 de la red de NationsHearing.

**Servicios dentales**

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare)	Copago de \$0 por los servicios cubiertos Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,250 por 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 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 EyeMed.
Lentes de contacto y anteojos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$350 para anteojos con receta cubiertos. Solo puede usar este monto de beneficios en un proveedor 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 Nuestro plan cubre hasta 190 días por período de beneficios.
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
Atención 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 en aeronave de ala fija. 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 Usted recibe hasta 24 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 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, 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 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.

Costos de los medicamentos con receta

Nombre del formulario

B2 (puede usar este cuando consulte nuestra lista de medicamentos cubiertos).

Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos con receta, usted paga:

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 como genéricos): \$0, \$1.60 o \$5.10.

Para todos los demás medicamentos cubiertos: \$0, \$4.90 o \$12.65.

Si no reúne los requisitos 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 \$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. 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 el 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:

	Estándar minorista	Estándar Pedido por correo	Atención a largo plazo (LTC)
	30 días	30 días	31 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	22%	22%	22%

	Estándar minorista	Estándar Pedido por correo	Atención a largo plazo (LTC)
	30 días	30 días	31 días
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25%	25%	25%
Nivel 5: Medicamentos especializados	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:

	Estándar minorista	Estándar Pedido por correo
	100 días	100 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$0	\$0
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	22%	22%
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	25%	25%
Nivel 5: Medicamentos especializados	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

\$2,100 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



Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare

Usted recibe una **tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare** para ayudar a pagar determinados gastos cotidianos.

Beneficio	
Billetera de productos de venta libre (OTC)	Usted recibe un monto mensual de beneficios (asignación) de \$85 en la tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare. Puede usar su billetera de venta libre (OTC) para ayudar a pagar determinados productos de salud y bienestar de OTC, incluidos medicamentos para alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y más. Los productos aprobados se pueden comprar en la tienda en las sucursales participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea o por teléfono a través de CVS OTC Health Solutions®. Importante: • Si recibió una tarjeta de beneficios adicionales en 2025 y no ha cambiado de plan, conserve su tarjeta. No recibirá una nueva tarjeta por correo para el año del plan 2026. • Si es un miembro nuevo o no se inscribió en un plan con una tarjeta de beneficios adicionales en 2025, debería obtener una nueva tarjeta antes de que comience su plan. • Si cambió de plan, es posible que reciba 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

Cubrimos exclusivamente los glucómetros y las tiras reactivas **Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia** como nuestros suministros para la diabetes preferidos.

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Suministros para la diabetes	Copago de \$0



Beneficio de acondicionamiento físico

Beneficio	Sus costos en nuestro plan
Membresía anual de acondicionamiento físico	Copago de \$0 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.

**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	Copago de \$0
Beneficio de comidas (después del alta)	Copago de \$0 para comidas Después de que haya recibido el alta de un hospital para pacientes internados con enfermedades agudas, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o una estadía en un centro de atención de enfermería especializada, es elegible para recibir hasta 14 comidas recién preparadas para 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 NationsMarket™ para proporcionar este beneficio.
Sistema personal de respuesta ante emergencias	Copago de \$0 Nuestro plan cubre un sistema de respuesta ante alertas médicas de 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.



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, equipos de oxígeno y monitor continuo de glucosa (CGM)	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 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 en nuestro plan
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos	Copago de \$0



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

Beneficios complementarios especiales

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

Billetera de apoyo adicional**Calificaciones para elegibilidad:**

Si es diagnosticado con una o más de las afecciones crónicas que figuran en la EOC y reúne los criterios de elegibilidad, es posible que sea elegible para recibir beneficios adicionales en virtud de nuestro plan para ayudarle a administrar su salud y bienestar generales. La inscripción en el plan no garantiza la elegibilidad. Recibirá beneficios complementarios especiales después de que se determine que reúne la calificación para elegibilidad. Sin embargo, no recibirá beneficios para ningún período de tiempo antes de que se determinara su elegibilidad.

Beneficios:

Después de reunir los requisitos, el monto mensual de beneficios de \$85 en la billetera de productos de venta libre (OTC) pasará a la **billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales**. Los miembros que reúnen los requisitos pueden usar esta billetera para ayudar a pagar determinados alimentos saludables, productos de venta libre (OTC) de salud y bienestar, 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 pueden comprarse en la tienda de las sucursales participantes, incluidas las tiendas minoristas de CVS® (excepto las sucursales dentro de otras tiendas), y en línea o por teléfono a través de CVS OTC Health Solutions®.

Importante: Si reúne los requisitos, esta billetera se agregará a su tarjeta de beneficios adicionales actual.

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 beneficios complementarios adicionales que se muestran a continuación si le diagnostican una o más de las afecciones crónicas que se enumeran en la EOC y elige un PCP de alto valor que reúne los requisitos. Para obtener más información sobre el programa y cómo reunir los requisitos, consulte la EOC.

Beneficios:

Si reúne los requisitos, obtendrá lo siguiente:

- **Bono de billetera de apoyo adicional:**
 - Monto mensual de beneficios (asignación) adicional de \$30 añadido a su billetera de apoyo adicional

Los beneficios que se mencionan son parte de los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI). Las afecciones de 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. 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.

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.

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](tel:1-866-409-1221) (TTY: [711](tel:1-866-409-1221)) 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. Las marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

© 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](tel:1-800-633-4227)) (los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo involucra a un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona al presentar su queja.

© 2025 Aetna Inc.

Y0001_H4523_044_NU89_SB2026_SP_M
20250910

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.
- ☐ 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 2027.
- ☐ 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.

©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 လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤ အဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພື່ອ ຄົ້ນຄວາມການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບໍ່ສະຍາ ກໍ່ໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, 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