



Resumen de beneficios para 2026

Estamos aquí para ayudar

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

¿Aún no es miembro?

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

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., de lunes a viernes

¿Ya es miembro?

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

De 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
Un miembro del equipo de Aetna atenderá su llamada.

Tenga en cuenta

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

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

[AetnaMedicare.com/H3288-051](https://www.aetna.com/H3288-051), donde encontrará la *Evidencia de cobertura* (EOC) del plan. Puede llamarnos para solicitar una copia.

¿Es elegible para inscribirse?

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

- Tener derecho a la Parte A de Medicare.
- Tener la Parte B de Medicare.
- Vivir en el área de servicio del plan, que incluye los siguientes condados:
Oklahoma: Canadian, Cleveland, Creek, Garfield, Lincoln, Logan, Muskogee, Noble, Okfuskee, Oklahoma, Okmulgee, Osage, Pawnee, Tulsa, Wagoner
Texas: Atascosa, Bandera, Bell, Bexar, Bowie, Brazoria, Cameron, Collin, Comal, Dallas, Ector, El Paso, Ellis, Fort Bend, Grayson, Gregg, Guadalupe, Hale, Harris, Hays, Henderson, Hidalgo, Hood, Hunt, Jefferson, Johnson, Kaufman, Kendall, Kerr, Kleberg, Lubbock, Maverick, McLennan, Medina, Midland, Montgomery, Nueces, Parker, Potter, Randall, San Patricio, Smith, Starr, Tarrant, Tom Green, Travis, Webb, Wharton, Willacy, Williamson, Wilson

Lo que debe saber

- **Tipo de plan:** Aetna Medicare Eagle (PPO) es un plan PPO. Este es un plan Medicare Advantage que no cubre medicamentos con receta. Puede consultar a proveedores dentro y fuera de la red. Por lo general, pagará más por la atención fuera de la red.
- **Proveedor de atención primaria (PCP):** Usted tiene la posibilidad de elegir un PCP. Recomendamos elegir un PCP porque cuando sabemos quién es su proveedor, podemos respaldar aún mejor su atención médica.
- **Remisiones:** Aetna Medicare Eagle (PPO) no requiere 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 proveedor para poder verlo.
- **Autorizaciones previas:** Su proveedor trabajará con nosotros para obtener la aprobación antes de que usted reciba ciertos servicios.
- **Recursos útiles:** Para encontrar directorios de proveedores y otra información del plan, visite AetnaMedicare.com/H3288-051. 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.

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



Costos que paga de su bolsillo

Prima mensual del plan	\$0
	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	Con este plan, la prima mensual que usted paga a la Administración del Seguro Social (SSA) se reduce en \$110.
Deducible del plan	\$0
MOOP	<p>\$4,900 para servicios dentro de la red \$8,950 para servicios dentro y fuera de la red combinados</p> <p>Una vez que alcance el monto máximo que paga de su bolsillo, nuestro plan paga el 100% de los servicios médicos cubiertos. Su prima no se tiene en cuenta para su MOOP.</p>

Beneficios médicos y hospitalarios



Cobertura hospitalaria

Es posible que su proveedor necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Paciente internado (cantidad ilimitada de días)	\$445 por día, para los días 1 a 6; \$0 por día, para los días 7 a 90; \$0 para días adicionales	30% por estadía
Servicios hospitalarios de observación para pacientes externos	Copago de \$445	Coseguro del 30%
Hospital para pacientes externos	Copago de \$40 a \$400 Copago de \$40 para los servicios hospitalarios para pacientes externos que no sean cirugía Copago de \$400 por cada cirugía hospitalaria para pacientes externos	Coseguro del 30%
Centro quirúrgico ambulatorio	Copago de \$350	Coseguro del 30%



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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
PCP	Copago de \$0	Coseguro del 30%
Especialista	Copago de \$40	Coseguro del 30%



Atención preventiva, de emergencia y de urgencia

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención preventiva	Copago de \$0	Coseguro del 0% al 30% Coseguro del 0% para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19 Coseguro del 30% para todos los demás servicios preventivos cubiertos por Medicare Para obtener una lista completa de servicios preventivos disponibles, consulte la EOC. Algunos servicios cubiertos pueden tener un costo asociado.
Atención de emergencia y de urgencia (dentro de los EE. UU.)	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$50 para la atención de urgencia	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$50 para la atención de urgencia
Atención de emergencia y de urgencia, incluida una ambulancia de emergencia (fuera de los EE. UU.)	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$130 para la atención de urgencia Copago de \$320 para ambulancia Cobertura máxima: \$250,000 (lo máximo que pagaremos por su atención de emergencia y urgencia combinada en todo el mundo, incluida la ambulancia de emergencia)	Copago de \$130 para la atención de emergencia Copago de \$130 para la atención de urgencia Copago de \$320 para ambulancia



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 dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Procedimientos y exámenes de diagnóstico	Copago de \$50 Copago de \$0 para determinadas pruebas y servicios de diagnóstico cubiertos por Medicare, como el fondo de ojo, la espirometría y las pruebas de enfermedad arterial periférica (PAD)	Coseguro del 30%
Servicios de laboratorio	Copago de \$0	Coseguro del 30%
Servicios de radiología de diagnóstico, como tomografías computadas (CT), tomografías axiales computadas (CAT) y resonancia magnética (MRI)	Copago de \$375	Coseguro del 30%
Radiografías para pacientes externos	Copago de \$0 a \$40 Copago de \$0 para los servicios brindados por su proveedor de atención primaria en su consultorio Copago de \$40 para los servicios brindados por un proveedor que no sea su proveedor de atención primaria	Coseguro del 30%



Servicios auditivos

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen auditivo de diagnóstico	Copago de \$40	Coseguro del 30%
Exámenes auditivos de rutina	Copago de \$0 Recibe un examen auditivo de rutina por año. Puede consultar a un proveedor de la red de NationsHearing® o un proveedor fuera de la red.	Coseguro del 30%
Audífonos	Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$1,000 por oído. Si el costo supera el monto de beneficios, usted paga la diferencia. Aunque puede acudir a un proveedor fuera de la red para su examen auditivo anual, este monto de beneficios solo se puede usar para comprar audífonos a través de un proveedor de la red de NationsHearing.	Sin cobertura



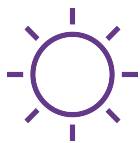
Servicios dentales

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



Servicios de la vista

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Examen de la vista de diagnóstico (incluidos exámenes de la vista para diabéticos)	Copago de \$0	Coseguro del 30%
Prueba de detección de glaucoma	Copago de \$0	Coseguro del 30%
Examen de la vista de rutina (un examen por año)	Copago de \$0 con un proveedor de EyeMed	Copago de \$0 hasta \$50. Usted será responsable de cualquier monto facturado que exceda los \$50.
Lentes de contacto y anteojos	<p>Usted recibe un monto anual de beneficios (asignación) de \$275 para anteojos con receta cubiertos.</p> <p>Nos hemos unido a EyeMed para brindarle este beneficio. Puede optar por atenderse con un proveedor fuera de la red de EyeMed, pero es posible que deba pagar costos adicionales. Su monto de beneficios se aplica en el momento de la compra. Si la compra de anteojos es superior a su monto de beneficios, deberá pagar la diferencia.</p>	



Servicios de salud mental

Es posible que su proveedor necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Hospitalización psiquiátrica para pacientes internados	<p>\$375 por día, para los días 1 a 6; \$0 por día, para los días 7 a 90</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 190 días por período de beneficios.</p>	30% por estadía
Tratamiento de salud mental para pacientes externos	<p>Copago de \$40 para sesiones individuales</p> <p>Copago de \$40 para sesiones grupales</p>	<p>Coseguro del 30% para sesiones individuales</p> <p>Coseguro del 30% para sesiones grupales</p>
Tratamiento psiquiátrico para pacientes externos	<p>Copago de \$40 para sesiones individuales</p> <p>Copago de \$40 para sesiones grupales</p>	<p>Coseguro del 30% para sesiones individuales</p> <p>Coseguro del 30% para sesiones grupales</p>



Centro de atención de enfermería especializada (SNF) y tratamiento

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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención en un SNF	\$10 por día, para los días 1 a 20; \$218 por día, para los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.	30% por estadía
Fisioterapia y terapia del habla	Copago de \$40	Coseguro del 30%
Terapia ocupacional	Copago de \$40	Coseguro del 30%



Transporte en ambulancia y de rutina

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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Ambulancia (terrestre o aérea: Viaje de ida o de vuelta)	Copago de \$320 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% para servicios de ambulancia aérea	Copago de \$320 para servicios de ambulancia terrestre Coseguro del 20% para servicios de ambulancia aérea
De rutina, transporte que no sea de emergencia	Sin cobertura	Sin cobertura

**Medicamentos de la Parte B de Medicare**

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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Medicamentos quimioterapéuticos	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido que se muestra es el máximo que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por determinados medicamentos.	Coseguro del 30%
Insulina de la Parte B	Copago de \$35	Copago de \$35
Otros medicamentos de la Parte B	Coseguro del 0% al 20% El costo compartido que se muestra es el máximo que pagará por los medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por determinados medicamentos.	Coseguro del 30%

Otros beneficios cubiertos



Medicina alternativa

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Acupuntura	<p>Copago de \$20 para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$20 para consultas de acupuntura no cubiertas por Medicare</p> <p>La cobertura de Medicare se limita a los servicios para tratar el dolor crónico en la zona lumbar. Para los servicios no cubiertos por Medicare, también cubrimos hasta veinte consultas por año. Su proveedor debe determinar la necesidad médica de los servicios que no están cubiertos por Medicare.</p> <p>Nos hemos unido a American Specialty Health® (ASH) para proporcionarle la cobertura de acupuntura.</p>	<p>Coseguro del 50% para consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</p> <p>Coseguro del 50% para consultas de acupuntura no cubiertas por Medicare</p>
Servicios de quiropráctica	<p>Copago de \$15 para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$15 para consultas de quiropráctica no cubiertas por Medicare</p> <p>La cobertura de Medicare se limita al tratamiento de una subluxación. Para los servicios no cubiertos por Medicare, también cubrimos hasta doce consultas por año. Su proveedor debe determinar la necesidad médica de los servicios que no están cubiertos por Medicare.</p>	<p>Coseguro del 30% para consultas de quiropráctica cubiertas por Medicare</p> <p>Coseguro del 30% para consultas de quiropráctica no cubiertas por Medicare</p>



Suministros para la diabetes

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

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Suministros para la diabetes	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para glucómetros Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia y suministros médicos para diabéticos</p> <p>Coseguro del 20% para glucómetros y suministros fabricados por proveedores que no sean Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia con una autorización previa aprobada</p>	<p>Coseguro del 0% al 20%</p> <p>Coseguro del 0% para glucómetros Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia y suministros médicos para diabéticos</p> <p>Coseguro del 20% para glucómetros y suministros fabricados por proveedores que no sean Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia con una autorización previa aprobada</p>



Beneficio de acondicionamiento físico

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



Atención de los pies (servicios de podiatría)

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Exámenes y tratamiento de los pies	Copago de \$40 para consultas de podiatría cubiertas por Medicare	Coseguro del 30% para consultas de podiatría cubiertas por Medicare



Atención y apoyo a domicilio

Es posible que su proveedor necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Atención médica a domicilio	Copago de \$0	Coseguro del 30%
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 unido a NationsMarket™ para proporcionar este beneficio.	



Equipos y suministros médicos

Es posible que su proveedor necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Equipo médico duradero (DME), como sillas de ruedas, muletas, equipos de oxígeno y monitores continuos de glucosa (CGM)	Coseguro del 0% al 20% Coseguro del 0% para monitores continuos de glucosa Coseguro del 20% para todos los demás productos de DME cubiertos por Medicare	Coseguro del 30%
Dispositivos protésicos, como soportes y extremidades artificiales	Coseguro del 20%	Coseguro del 30%

**Beneficio de venta libre (OTC)**

El beneficio OTC proporciona productos seleccionados de salud y bienestar.

Beneficio	
Monto de beneficios OTC (asignación)	<p>Monto trimestral de beneficios (asignación) de \$45</p> <p>Usted recibirá un monto trimestral de beneficios (asignación) para comprar productos OTC de salud y bienestar aprobados, como suministros de primeros auxilios, medicamentos para el resfrío y la alergia, analgésicos y más.</p> <ul style="list-style-type: none"> El monto de beneficios está disponible el primer día de cada trimestre calendario. Los montos que no se usen no se acumularán en el siguiente trimestre. El monto de beneficios no está conectado a una tarjeta de pago o de débito. Puede comprar productos OTC en línea, por teléfono o en las tiendas independientes CVS. Consulte el catálogo de OTC para obtener una lista completa de productos y detalles sobre cómo funciona el beneficio en AetnaMedicare.com/H3288-051.

**Resources For Living®**

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

**Servicios para trastornos por consumo de sustancias**

Es posible que su proveedor necesite nuestra aprobación antes de que cubramos estos servicios. Esto se denomina **autorización previa** o precertificación.

Beneficio	Sus costos dentro de la red	Sus costos fuera de la red
Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes externos	<p>Copago de \$40 para sesiones individuales</p> <p>Copago de \$40 para sesiones grupales</p>	<p>Coseguro del 30% para sesiones individuales</p> <p>Coseguro del 30% para sesiones grupales</p>



Beneficio de visitante o por viaje

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

Beneficio

Programa de visitante o por viaje:
Explorer

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

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



Línea de enfermería durante las 24 horas

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

Beneficio

Sus costos en nuestro plan

Línea de enfermería durante las 24 horas

Copago de \$0

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

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

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

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

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.

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

© 2025 Aetna Inc.

Y0001_H3288_051_PA06_SB2026_SP_M
20250903

Lista de verificación para la preinscripción

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

Comprender los beneficios

- ☐ La *Evidencia de cobertura* (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y de los servicios. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [AetnaMedicare.com](https://www.aetna.com) o llame al **1-833-859-6031 (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.

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.
- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos, este debe aceptar tratarlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.

©2025 Aetna Inc.

Y0001_NR_5520902_2026_SP_C

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

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

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

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

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。 (Chinese)

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

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

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

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

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

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

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

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

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီၢ်လံာ်မီအံၤ အဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

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

ເພື່ອ ຄົ້ນຄວາມການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບໍ່ສະຍາ ກໍ່ໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ ບີໂທໃນເອກະສານນີ້. (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