

# Hamaspik Medicare Select (HMO D-SNP) es ofrecido por Hamaspik, Inc.

## Notificación Anual de Cambios para 2025

Actualmente está inscrito como miembro de Hamaspik Medicare Select. El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. *Consulte la página 5 para conocer un Resumen de Costos Importantes, incluida la Prima.*

Este documento le informará acerca de los cambios en su plan. Para obtener más información acerca de los costos, beneficios o normas, consulte la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

---

### ¿Qué hacer ahora?

#### 1. PREGUNTAR: ¿Qué cambios se aplican para usted?

- Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para comprobar si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidas las restricciones de cobertura y el reparto de costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y reparto de costo.
  - Verifique los cambios en la “Lista de Medicamentos” de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que aún consume sigan teniendo cobertura.
  - Compare la información del plan 2024 con la del plan 2025 para verificar si alguno de estos medicamentos pasará a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones distinto, como autorización previa, terapia de pasos o límite de cantidad, este 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para recibir ayuda con el pago de los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para “Ayuda Adicional” de parte de Medicare.
- Considere su nivel de satisfacción con nuestro plan.

**2. COMPARAR:** Documentétese sobre otras alternativas de plan

- Verifique la cobertura y costos de los planes en su área. Use el Buscador de Plan de Medicare en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en el reverso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para recibir asistencia adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) y contactarse con un consejero capacitado.
- Una vez que haya limitado su opción a un plan de preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. ELEGIR:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se registra en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en Hamaspik Medicare Select.
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar planes entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto dará término a su inscripción con Hamaspik Medicare Select.
- Consulte la sección 4 (en la página 17) para aprender más acerca de sus opciones.
- Si hace poco se mudó o actualmente vive en una institución (como una instalación de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede alternar planes o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después de un mes de su salida.

## Recursos Adicionales

- Este documento está disponible de manera gratuita en español. Esta EOC está disponible en español. Por favor, llame a servicios para miembros.
- Llame a nuestro equipo de Servicios de Miembros marcando el 1-888-426-2774 para obtener más información. (Usuarios TTY deben llamar al 711). De 8:00 am a 8:00 pm, desde el 1 de octubre de 2023 al 31 de marzo de 2024. Desde el 1 de abril de 2024 al 30 de septiembre de 2024, nuestro Departamento de Servicios para Miembros estará disponible de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. Esta llamada es gratuita.
- Este documento también está disponible de manera gratuita en español, Braille, con letra grande y en formato audio.
- **La cobertura en virtud de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

## Acerca de Hamaspik Medicare Select

- Hamaspik Medicare Select es un HMO D-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Hamaspik Medicare Select depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de New York Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
  - (Cuando este documento sugiera los términos “nosotros,” o “nuestro/a,” se refiere a Hamaspik Medicare Select (patrocinado por Hamaspik Inc.). Cuando se mencione “plan” o “nuestro plan,” también se refiere a Hamaspik Medicare Select.
-

**Notificación Anual de Cambios para 2025**  
**Tabla de Contenidos**

<b>Resumen de Costos Importantes para 2025</b> .....	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1      A menos elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Hamaspik Medicare Select en 2025</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 2      Cambios a beneficios y costos para el próximo año</b> .....	<b>8</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	8
Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo de gasto fuera de bolsillo.....	8
Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	9
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos para servicios médicos .....	10
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	13
<b>SECCIÓN 3      Cambios administrativos</b> .....	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 4      Decidir qué plan elegir</b> .....	<b>17</b>
Sección 4.1 – Si desea permanecer en Hamaspik Medicare Select .....	17
Sección 4.2 – Si desea cambiar planes.....	18
<b>SECCIÓN 5      Plazos para cambiar planes</b> .....	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6      Programas que ofrecen asesoría gratuita acerca de Medicare y Medicaid</b> .....	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 7      Programas que ayudan a pagar por medicamentos recetados</b> .....	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 8      ¿Preguntas?</b> .....	<b>21</b>
Sección 8.1 – Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Select .....	21
Sección 8.2 – Conseguir ayuda de Medicare .....	21
Sección 8.3 – Conseguir ayuda de Medicaid .....	22

## Resumen de Costos Importantes para 2025

La tabla a continuación compara los costos de 2024 con los costos de 2025 para Hamaspik Medicare Select en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que éste es solo un resumen de los costos.** Si usted es elegible para la asistencia de reparto de costos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por su deducible, visitas médicas y hospitalizaciones.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Primas mensuales de plan*</b></p> <p>* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener los detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Deducible</b></p>	<p>\$240</p> <p>El deducible <u>no</u> se aplica para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>\$240</p> <p>Este es el monto para 2024 y podría cambiar en 2025. Hamaspik Medicare Select entregará los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>El deducible no se aplica para insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p><b>Visitas médicas</b></p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% por visita</p> <p>Visitas de especialista: 20% por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: 20% por visita</p> <p>Visitas de especialista: 20% por visita</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632</li> <li>• Días 1 a 60: \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90: \$408 por día</li> <li>• 91 días y más: \$816 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</li> </ul> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632</li> <li>• Días 1 a 60: \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90: \$408 por día</li> <li>• 91 días y más: \$816 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</li> </ul> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2024 y podrían cambiar en 2025. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.5 para obtener los detalles).</p>	<p><b>Deducible:</b> \$545, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.</p>	<p><b>Deducible:</b> \$590, salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Los miembros con Medicaid son elegibles para recibir la “ayuda adicional” de Medicare, y pagan \$0 de deducible.</p> <p><b>Durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b></p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.55, o copago de \$4.50</li> <li>• Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.20</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</p> <p><b>Cobertura Catastrófica:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>	<p>Los miembros con Medicaid son elegibles para recibir la “ayuda adicional” de Medicare, y pagan \$0 de deducible.</p> <p><b>Durante la Etapa de Cobertura Inicial:</b></p> <p>Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$4.90</li> <li>• Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.80, o copago de \$12.15</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Todos los medicamentos recetados cubiertos figuran en un Nivel único.</p> <p><b>Cobertura Catastrófica:</b></p> <p>Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</p>
<b>Monto máximo fuera del bolsillo</b>	\$8,850	\$9,350

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Este corresponde al monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener los detalles).</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>



## SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se le inscribirá automáticamente en Hamaspik Medicare Select en 2025

Si no hace nada en 2024, pasará a estar inscrito/a automáticamente en nuestro plan de Hamaspik Medicare Select. Esto significa que a contar del 1 de enero de 2025, comenzará a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Hamaspik Medicare Select. Si desea cambiar los planes o alternar con Original Medicare y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un Plan de Medicamentos Recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y 7 de diciembre. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

## SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid se encargue de pagarla por usted).	\$0	\$0

### Sección 2.2 – Cambios en su monto máximo fuera del bolsillo

Medicare requiere que todos los planes de salud restrinjan cuánto paga usted de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina el monto máximo de gasto fuera del bolsillo. Una vez que alcance este monto, no tendrá que pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto del año.  
(continúa en página siguiente)

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Monto máximo fuera del bolsillo</b></p> <p><b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de desembolso personal.</b></p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para el monto máximo fuera del bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo. Sus costos por los medicamentos recetados no se contabilizan respecto del monto máximo fuera del bolsillo.</p>	<p>\$8,850</p>	<p style="text-align: center;">\$9,350</p> <p>Una vez que haya pagado \$9,350 fuera del bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B durante el resto de año calendario.</p>

### Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos recetados podrían depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura *sólo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual se enviará por correo postal dentro de tres días hábiles.

Estos son los cambios de nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025* (ubicado en [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com)) para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) siguen en nuestra red.**

Estos son los cambios de nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de Proveedores y Farmacias de 2025* (ubicado en [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com)) para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podríamos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores), y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mediados de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

---

## **Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos**

---

Tenga en cuenta que la *Notificación Anual de Cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Se efectuarán cambios en los costos y beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe dichos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales	<p>Hamaspik Medicare Select cubre los servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral de un tratamiento específico de su condición médica primaria.</p> <p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios dentales cubiertos de Medicare.</p> <p>Se requiere autorización.</p>	<p>Hamaspik Medicare Select cubre los servicios dentales en determinadas circunstancias, específicamente cuando dicho servicio es una parte integral de un tratamiento específico de su condición médica primaria.</p> <p>Hamaspik Medicare Choice también cubre servicios preventivos y de restauración dental cubiertos por Medicaid, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza (una vez cada seis meses)</li> <li>• Examen oral (una vez cada seis meses)</li> <li>• Radiografía(s)</li> <li>• Servicios de restauración, como empastes, conductos radiculares, coronas, implantes, extracciones y dentaduras.</li> </ul> <p><i>(continúa en página siguiente)</i></p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios dentales (continuación)</p>		<p>Dependiendo de su nivel de ingresos y la elegibilidad de Medicaid, usted paga 0% o 20% por servicios dentales cubiertos de Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicaid.</p> <p>La atención dental básica no requiere autorización. Algunos servicios de restauración requieren autorización.</p>
<p>Servicios intrahospitalarios (incluidos servicios en una instalación de salud mental intrahospitalaria)</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632</li> <li>• Días 1 a 60: \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90: \$408 por día</li> <li>• 91 días y más: \$816 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</li> </ul> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por cada período de beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deducible de \$1,632</li> <li>• Días 1 a 60: \$0 por día</li> <li>• Días 61 a 90: \$408 por día</li> <li>• 91 días y más: \$816 al día por cada “día de reserva de vida” (hasta 60 días durante su vida).</li> </ul> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2024 y podrían cambiar en 2025. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Artículos sanitarios de venta libre</p>	<p>Cubrimos un máximo de \$170.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS.</p>	<p>En 2025, cubrimos un máximo de \$190.00 al mes para productos de salud de venta libre. Los tipos de productos que se pueden comprar utilizando este beneficio están aprobados por CMS.</p> <p>En 2025, añadiremos la cobertura de Naloxone a la lista de productos que usted puede comprar utilizando este beneficio.</p>
<p>Beneficios suplementarios especiales para miembros con enfermedades crónicas</p>	<p>Estos beneficios son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Usted es elegible para este beneficio si tiene tres (3) o más condiciones crónicas, tal como se indica en su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Los miembros elegibles pueden usar \$60 por mes de su beneficio OTC para la compra de alimentos y otros productos. Los miembros también pueden usar \$60 al mes para cubrir el costo de servicios domésticos.</p> <p>El beneficio se administra con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p>	<p>Estos beneficios son parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros califican. Usted es elegible para este beneficio si tiene tres (3) o más condiciones crónicas, tal como se indica en su Evidencia de Cobertura. <i>(Sin cambio de 2024 a 2025).</i></p> <p>En 2025, los miembros elegibles pueden usar \$75 por mes de su beneficio OTC para la compra de alimentos y otros productos. Los miembros también pueden usar \$75 al mes para cubrir el costo de servicios domésticos.</p> <p>El beneficio se administra con una tarjeta de débito precargada, que es válida para comprar en las tiendas minoristas aprobadas por el plan.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios de Instalación de Enfermería Especializada</p>	<p>Usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1–20: \$0 por día</li> <li>• Días 21–100: \$204 por día</li> <li>• Días 100 y más allá: todos los costos.</li> </ul> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>En 2025, usted paga lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1–20: \$0 por día</li> <li>• Días 21–100: \$204 por día</li> <li>• Días 100 y más allá: todos los costos.</li> </ul> <p>Estos son los montos de reparto de costos de 2024 y podrían cambiar en 2025. Le haremos entrega de los montos actualizados tan pronto como estén disponibles.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0.</p>
<p>Medicamentos recetados cubiertos por la Parte B</p>	<p>Usted paga 20% del costo de sus medicamentos de la Parte B.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p> <p>Se requiere autorización para todos los medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Usted paga 20% del costo de sus medicamentos de la Parte B.</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid, usted paga \$0 por visita.</p> <p>NO se requiere autorización para los medicamentos de la Parte B.</p>

---

## Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

---

<b>Cambios en nuestra Lista de medicamentos</b>
---

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Puede encontrar una copia de la Lista de medicamentos de manera electrónica en nuestro sitio web ([www.hamapik.com](http://www.hamapik.com)).

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, los cuales podrían contemplar la eliminación o incorporación de medicamentos, cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o su desplazamiento a un nivel de reparto de costos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si existirá alguna restricción, o si sus medicamentos fueron desplazados a un nivel de reparto de costos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios según lo permitan las normas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea casi todos los meses para ofrecer una lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afecte su acceso a un medicamento que esté consumiendo, le enviaremos una notificación respecto al cambio.

Si le afecta alguno de los cambios en la cobertura de medicamentos a comienzos del año o durante el transcurso del año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con su médico para encontrar opciones, como solicitar un suministro temporal, pedir una excepción o intentar buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Actualmente, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica, con las mismas restricciones que el medicamento de marca al cual reemplaza. Además, al añadir un nuevo genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, y añadir nuevas restricciones.

A partir del 2025, podemos reemplazar de forma inmediata productos biológicos originales con algunos bioequivalentes. Esto significa por ejemplo, que si usted está consumiendo un producto biológico original que será reemplazado con un bioequivalente, existe la posibilidad de que no se entere del cambio 30 días antes que lo realicemos o que obtenga un suministro de un mes de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realizamos, pero podría llegar después de realizado el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de Cobertura*. La Administración de Alimentos y Drogas (FDA) también ofrece información del



consumidor respecto a los medicamentos. Consulte el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. También puede comunicarse con Servicios para Miembros o preguntar a su proveedor de atención médica, recetador o farmacéutico para obtener más información.

### Cambios en los Beneficios y Costos de Medicamentos Recetados

Si usted recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, usted podría calificar para una reducción o eliminación de su reparto de costo para los medicamentos de la Parte D. Puede que una parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. **Nota:** Si está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Hemos incluido un inserto separado, llamado *Cláusula Adicional de Evidencia de Cobertura para Personas que Reciben “Ayuda Adicional” para Pagar sus Medicamentos Recetados* (también conocida como *Cláusula Adicional de Subsidio por Bajos Ingresos* o la *Cláusula Adicional LIS*), que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no recibió este inserto junto a este paquete, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula Adicional LIS*.

A comienzos del 2025, tenemos tres **etapas de pago por medicamentos:** la Etapa de Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. La Etapa de Brecha de Cobertura y el Programa de Descuento en la Brecha de Cobertura dejarán de estar presentes como beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento en la Brecha de Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricante. En virtud del Programa de Descuento de Fabricante, los fabricantes de medicamentos podrían pagar una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento de Fabricante no se contabilizan respecto a los costos fuera del bolsillo.

**Cambios en la Etapa de Deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo completo</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D, incluido herpes, tétano y vacunas de viaje.</p>	<p>El deducible es \$545.</p> <p>Su monto de deducible es de \$0 o \$545, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <p>Durante esta etapa, usted podría tener que pagar el costo completo de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>Observe el inserto separado, la “Cláusula Adicional LIS”, para ver el monto de su deducible.</p>	<p>El deducible es \$590.</p> <p>Su monto de deducible es de \$0 o \$590, dependiendo del nivel de “Ayuda Adicional” que reciba.</p> <p>Durante esta etapa, usted podría tener que pagar el costo completo de sus medicamentos hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> <p>Observe el inserto separado, la “Cláusula Adicional LIS”, para ver el monto de su deducible.</p>

**Cambios en su reparto de costos en la Etapa de Cobertura Inicial**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos tienen cobertura y no implican un costo para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es el siguiente. Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.55, o copago de \$4.50, o coaseguro del 15%</li> <li>• Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.60, o copago de \$11.20, o coaseguro del 15%</li> </ul> <p>También paga estos montos por suministro mensual de cada producto cubierto de insulina.</p> <p>Nota: Todos los medicamentos cubiertos se ubican en un solo nivel.</p> <p>Una vez que haya pagado \$8,000 fuera del bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes es el siguiente. Dependiendo del nivel de “ayuda adicional”, usted puede pagar los siguientes montos por sus medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos genéricos: \$0, o copago de \$1.60, o copago de \$4.90, o coaseguro del 15%</li> <li>• Medicamentos de marca: \$0, o copago de \$4.80, o copago de \$12.15, o coaseguro del 15%</li> </ul> <p>También paga estos montos por suministro mensual de cada producto cubierto de insulina.</p> <p>Nota: Todos los medicamentos cubiertos se ubican en un solo nivel.</p> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 fuera del bolsillo para medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p>

**Cambios en la Etapa de Cobertura Catastrófica:**

La Etapa de Cobertura Catastrófica es la tercera y última etapa. A partir del 2025, los fabricantes de medicamentos podrían pagar una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los

descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de Descuento de Fabricante no se contabilizan respecto a los costos fuera del bolsillo.

**Si usted alcanza la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica acerca de sus costos en la Etapa de Cobertura Catastrófica, consulte el Capítulo 6, Sección 6, en su *Evidencia de Cobertura*.

**SECCIÓN 3 Cambios Administrativos**

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare</b></p>	<p>No aplica</p>	<p>El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al separarlos en <b>pagos mensuales que varían durante el transcurso del año</b> (enero a diciembre).</p> <p>Para informarse más acerca de esta alternativa de pago, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774 o visitando el sitio web Medicare.gov. (Usuarios TTY deben llamar al 711).</p>

## SECCIÓN 4 Decidir qué plan elegir

### Sección 4.1 – Si desea seguir en Hamaspik Medicare Select

**Para mantener nuestro plan, usted no necesita nada.** Si no se registra en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre de 2024 pasará automáticamente a estar inscrito en nuestro plan Hamaspik Medicare Select.

### Sección 4.2 – Si desea cambiar planes

Esperamos tenerle como miembro el año siguiente, pero si desea cambiar de planes para el 2025, siga estos pasos:

#### Paso 1: Aprender sobre sus alternativas y compararlas

- Puede unirse a un plan de salud diferente de Medicare,  
– O –
- Puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, necesitará decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para aprender más acerca de Original Medicare y sobre los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de Plan de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y Usted 2025* manual, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consultar Sección 6), o llame a Medicare (consultar Sección 8.2).

Como recordatorio, Hamaspik, Inc ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes podrían diferir en términos de cobertura, primas mensuales y montos de reparto de costos.

#### Paso 2: Cambiar su cobertura

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente.
- **Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos recetados. Su inscripción en Hamaspik Medicare Select se cancelará automáticamente.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Contactar a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.

– O –

- Contactar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

## SECCIÓN 5 Plazo límite para cambiar planes

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. Este cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

### ¿Existen otros momentos del año para realizar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Los ejemplos contemplan a las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos, quienes hayan dejado o hagan abandono de la cobertura de empleador, y aquellos que salgan del área de servicio.

Debido a que tiene cobertura de Medicaid del Estado de New York, usted puede dar término a su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones para inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, por ejemplo:

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática), o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage el 1 de enero de 2025 y no está conforme con su opción de plan, también puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si hace poco se mudó o actualmente vive en una institución (como una instalación de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados separado de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente salió de una institución, tiene la oportunidad de cambiarse de plan o cambiar a Original Medicare por dos meses completos después de un mes de su salida.

## SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoría gratuita acerca de Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa de gobierno independiente con consejeros capacitados en cada estado. En el Estado de New York, SHIP se denomina Programa de Información, Asesoramiento y Asistencia en Seguros Médicos (HIICAP).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local **gratuita** sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros del HIICAP pueden ayudarle con sus preguntas o problemas de Medicare. También pueden ayudarle a comprender sus alternativas del plan Medicare y a responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar al HIICAP al 1-800-701-0501. O puede aprender más acerca de HIICAP visitando su sitio web en:

<https://www.shiphelp.org/about-medicare/regional-ship-location/new-york>

Para preguntas acerca de los beneficios de Medicaid de New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York. Llame al 1-800-541-2831 para obtener información. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes. Pregunte sobre cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid en New York.

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar por los medicamentos recetados

Usted podría calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también denominado el Subsidio por Bajos Ingresos. “Ayuda Adicional” paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Debido a que usted califica, no tiene una penalización por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca de la “Ayuda Adicional”, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - 1-800-772-1213 para contactar a la Oficina del Seguro Social, entre las 8 am a 7 pm, de lunes a viernes para encontrar un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Muchos estados tienen un programa llamado programa de asistencia farmacéutica del Estado de New York denominado

Seguro de Cobertura Farmacéutico para Ancianos (o EPIC) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o condición médica. Para aprender más acerca del programa, verifique con su Programa de Asistencia de Seguro de Salud.

- **Asistencia de reparto de costos de receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y tener una condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también tienen cobertura de ADAP califican para una asistencia a través del programa ADAP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o cómo seguir recibiendo asistencia si ya está inscrito, llame al 1-800-542-2437 o al 1-844-682-4058. Asegúrese al llamar de informarles acerca nombre de su plan de la Parte D de Medicare o su número de póliza.
- **El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare.** El Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare es una nueva opción de pago que le ayuda a gestionar sus costos en medicamentos fuera del bolsillo, a partir de 2025. Esta nueva alternativa de pago funciona con su cobertura actual de medicamentos actual y puede ayudarle a gestionar sus costos de medicamentos al separarlos en **pagos mensuales que varían durante el transcurso del año** (enero a diciembre). **Esta alternativa de pago podría ayudarle a gestionar sus gastos, pero no ahorra su dinero o reduce sus costos por medicamentos.**

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su SPAP y ADAP, para quienes califican, reporta más ventajas que la participación en el Plan de Pago para Medicamentos Recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta alternativa de pago, independiente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos recetados de Medicare y planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos recetados deben ofrecen esta opción de pago.

Para informarse más acerca de esta alternativa de pago, comuníquese con nosotros llamando al 888-426-2774 o visitando el sitio web Medicare.gov. (Usuarios TTY deben llamar al 711).

## SECCIÓN 8 ¿Preguntas?

### Sección 8.1. – Conseguir ayuda de Hamaspik Medicare Select

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al 888-426-2774. (Usuarios TTY llamar al 711). Estamos disponibles para llamadas telefónicas los siete días de la semana durante los meses de octubre hasta marzo, de 8:00 a.m a 8:00 p.m. Desde abril a septiembre, el personal estará disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



**Lea su *Evidencia de Cobertura 2025*.  
(Contiene los detalles acerca de los beneficios y costos del próximo año).**

Esta *Notificación Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para conocer los detalles, revise la *Evidencia de Cobertura 2025 para Hamaspik Medicare Select*. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos y los medicamentos recetados. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.hamaspik.com](http://www.hamaspik.com). Como recordatorio, nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores*) y nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos)*.

---

## **Sección 8.2. – Conseguir ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

**Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**Visitar el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web del Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Tiene información sobre el costo, cobertura y las Calificaciones por Estrellas en torno a la calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para visualizar la información acerca de los planes, vaya a [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare).

**Leer *Medicare y Usted 2025***

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>), o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

### **Sección 8.3. – Conseguir ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información acerca de sus beneficios de Medicaid en New York, contacte al Departamento de Salud del Estado de New York al 1-800-541-2831. (Usuarios TTY deben llamar al 711). El horario del Departamento de Salud del Estado de New York es de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes.

## Hamaspik Medicare Select Servicios de intérprete en varios idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-426-2774. (TTY, call 711.) Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Español:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-426-2774. (TTY 711.) Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-888-426-2774。(TTY 711) 我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-888-426-2774。(TTY 711) 我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-426-2774. (TTY 711) Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-426-2774. (TTY 711) Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-426-2774 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí. (TTY 711)

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-426-2774. (TTY 711) Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-426-2774 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다. (TTY 711)

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-426-2774. (TTY 711) Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**:Arabic** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية . سيقوم شخص 1-888-426-2774 لدينا للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على . بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية (TTY 711)

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-426-2774 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है. (TTY 711)

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-426-2774. (TTY 711) Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-426-2774. (TTY 711) Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-426-2774. (TTY 711) Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-426-2774. (TTY 711) Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、[1-888-426-2774]にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。(TTY 711)

Formulario Aprobado  
CMS-10802  
OMB# 0938-1421

Formulario  
Expira el 12/31/25)