



SCAN Embrace (HMO-POS I-SNP) ofrecido por SCAN Desert Health Plan, Inc. (SCAN Desert Health Plan)

Notificación anual de cambios para 2025

En la actualidad, está inscrito como miembro de SCAN Embrace. Habrá cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. **Consulte la página 5 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa de los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, www.scanhealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarles que le envíen por correo una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el año siguiente.**

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Revise los cambios en los costos de la atención (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, las restricciones de cobertura y gastos compartidos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos.
 - Verifique los cambios en la 2025 “Lista de medicamentos” para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
 - Compare el 2024 y 2025 de la información del plan para ver si alguno de estos medicamentos se mueve a un nivel gastos compartidos diferente o estará sujeto a diferentes restricciones, como autorización previa, terapia escalonada o un límite de cantidad por 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 para pagar medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda adicional” de Medicare.

- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025). Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para hablar con un consejero capacitado.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre, 2024, permanecerá en SCAN Embrace.
- Para cambiarse a **un plan diferente**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-855-650-7226. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Esta llamada es gratis.
- También podemos brindarle gratuitamente información en letra grande, en sistema braille, en una grabación de audio o en formatos alternativos si lo requiere.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura de salud que reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de SCAN Embrace

- SCAN Embrace (HMO-POS I-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Desert Health Plan depende de una renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” hace referencia a SCAN Desert Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SCAN Embrace.

H1822-005

Y0057_SCAN_21287_2025_M

Aviso anual de cambios para 2025

Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2025	5
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo	9
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	9
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	9
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias	10
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	10
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	21
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en SCAN Embrace	21
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	21
SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan	22
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	23
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	23
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	24
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de SCAN Embrace	24
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	25

Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y 2025 para SCAN Embrace en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	Dentro y fuera de la red \$1,500	Dentro y fuera de la red \$1,500
Consultas en el consultorio del médico	Dentro de la red Visitas al médico de atención primaria: \$0 copago por visita. Visitas al especialista: \$0 copago por visita. Fuera de la red Visitas al médico de atención primaria: Sin cobertura Visitas al especialista: \$10 copago por visita.	Dentro de la red Visitas al médico de atención primaria: \$0 copago por visita. Visitas al especialista: \$0 copago por visita. Fuera de la red Visitas al médico de atención primaria: Sin cobertura Visitas al especialista: \$10 copago por visita.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Hospitalizaciones	<p>Dentro de la red</p> <p>\$150 copago por día para los días 1 a 5 y</p> <p>\$0 copago por día para los días 6 en adelante.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>La estancia hospitalaria <u>no</u> está cubierta.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$150 copago por día para los días 1 a 5 y</p> <p>\$0 copago por día para los días 6 en adelante.</p> <p>Fuera de la red</p> <p>La estancia hospitalaria <u>no</u> está cubierta.</p>
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 1: \$0 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) • Medicamentos de Nivel 2: \$0 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) <p>\$0 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: \$0 por receta (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) • Medicamento de Nivel 2: \$0 por receta (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días) <p>\$0 por receta (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1036 579"> <p>• Medicamentos de Nivel 3: \$37 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <p>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <p>\$37 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <p>Usted paga \$0 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <li data-bbox="711 1507 1036 1898"> <p>• Medicamentos de Nivel 4: \$100 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</p> <p>\$99 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1409 1478"> <p>• Medicamento de Nivel 3: \$43 del costo total para otros medicamentos (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días)</p> <p>Usted paga \$0 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días)</p> <p>\$42 por receta para otros medicamentos (<i>Costo compartido preferido</i> suministro de 30 días)</p> <p>Usted paga \$0 por mes el suministro de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)</p> <li data-bbox="1084 1507 1409 1898"> <p>• Medicamento de Nivel 4: 50 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro para 30 días)</p> <p>50 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días)</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de Nivel 5: 33 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) 33 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) • Medicamentos de Nivel 6: \$11 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días) \$11 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días) Cobertura catastrófica: • Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 5: 33 % del costo total (<i>Costo compartido estándar</i> suministro de 30 días) 33 % del costo total (<i>Costo compartido preferido</i> suministro para 30 días) • Medicamento de Nivel 6: No disponible Cobertura Catastrófica: • Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Monto máximo de su bolsillo	Dentro y fuera de la red	Dentro y fuera de la red
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular su monto máximo que paga de su bolsillo.	\$1,500	\$1,500 Una vez que haya pagado \$1,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias

Los montos que pague por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados están disponibles en nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y farmacias, o para solicitar que le enviemos por correo un directorio, que recibirá dentro de los tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el 2025 Directorio de proveedores y farmacias (www.scanhealthplan.com) para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el 2025 Directorio de proveedores y farmacias (www.scanhealthplan.com) para consultar qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores lo afecta, comuníquese con Servicios para Miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Habrán cambios en los costos y beneficios para determinados servicios médicos el año próximo. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Abridge	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 para acceder a Abridge.	Dentro de la red Abridge <u>no</u> está cubierto.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Artículos de venta libre (OTC)	Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$190 por trimestre para productos de venta libre a través de un catálogo de pedidos por correo.	Dentro de la red Tiene cobertura de hasta \$200 por trimestre para productos de venta libre a través de catálogos de pedidos por correo o tiendas minoristas CVS.
Asignación de servicios dentales, auditivos y de la vista	Dentro y fuera de la red La asignación de servicios dentales, auditivos y de la vista <u>no</u> está cubierta.	Dentro y fuera de la red Usted tiene una asignación anual de hasta \$150 para solicitar servicios dentales, auditivos o de la vista. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles.
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)	Dentro de la red Usted paga 0 %-20 % del costo total para los monitores continuos de glucosa (CGM).	Dentro de la red Usted paga \$0 de copago por los monitores continuos de glucosa (CGM).
Servicios de acupuntura (rutinarios/no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$10 por cada visita por hasta 20 consultas de acupuntura de rutina por año. Combinado con servicios quiroprácticos.	Dentro de la red Los servicios de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.
Servicios de la vista (rutinarios/ no cubiertos por Medicare) - Anteojos	Dentro de la red Tiene cobertura por hasta \$300 para anteojos de rutina cada año.	Dentro de la red Tiene cobertura por hasta \$375 para anteojos de rutina cada año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Servicios dentales (rutinarios/no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Usted tiene cobertura para servicios dentales bajo el plan integral EPO de Delta Dental. Sin máximo anual.	Dentro de la red Usted tiene cobertura para servicios dentales bajo el plan integral EPO de Delta Dental. Máximo anual: \$2,000. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> de DeltaCare® USA para obtener más detalles.
Servicios quiroprácticos (rutinarios/no cubiertos por Medicare)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$10 por cada visita por hasta 20 consultas quiroprácticas de rutina por año. Combinado con los servicios de acupuntura.	Dentro de la red Los servicios quiroprácticos (de rutina/no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0.	Dentro de la red El sistema personal de respuesta a emergencias <u>no</u> está cubierto.
Transporte (Rutinario)	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por hasta 56 viajes de ida por año (límite de 75 millas por trayecto).	Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por hasta 56 viajes de ida por año (límite de 50 millas por trayecto).

Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o Lista de medicamentos. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, que podrían incluir la eliminación o inclusión medicamentos, modificaciones en las restricciones que se aplican a nuestra

cobertura de determinados medicamentos o el cambio de estos a un nivel gastos compartidos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y vea si hay alguna restricción, o si su medicamento cambió a un nivel gastos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos mensualmente para ofrecer la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos a principios de año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con el 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 de medicamento genérico en el mismo nivel gastos compartidos o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca que reemplaza. Además, al agregar un medicamento genérico nuevo, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel gastos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

A partir de 2025, podemos reemplazar inmediatamente los productos biológicos originales con ciertos biosimilares. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un producto biológico original que está siendo reemplazado por uno biosimilar, es posible que no reciba un aviso del cambio 30 días antes de que efectuemos el cambio o que no reciba un suministro mensual de su producto biológico original en una farmacia de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en que realizamos el cambio, aun así obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero puede llegar después de que se haga el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información al consumidor sobre 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 preguntarle a su proveedor de atención médica, quien emite la receta o farmacéutico para obtener más información.

Cambios en los costos y beneficios de los medicamentos con receta

Nota: Si usted está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse tal vez no se aplica a usted.** Le le enviamos un anexo separado, que se denomina *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre 2024, llame a Servicios para Miembros y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*.

A partir de 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos**: la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. La Etapa de interrupción en la cobertura y el Programa de descuento durante el período de interrupción de la cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

El Programa de descuento durante el período de interrupción de la cobertura también será reemplazado por el Programa de descuento del fabricante. Con el Programa de descuento del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos y productos biológicos de marca de la Parte D cubiertos durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes bajo el Programa de descuento del fabricante no cuentan para los gastos de su bolsillo.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

Cambios en sus Gastos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para medicamentos del Nivel 4: Medicamento no preferido, su gastos compartidos en la Etapa de cobertura cambia de un copago a un coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios que se introdujeron para 2025 en relación con 2024.

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Para 2024, usted pagó un copago de \$100 (Costo compartido estándar de suministro para 30 días) y un copago de \$99 (Costo compartido preferido de suministro para 30 días) para medicamentos en el Nivel 4: Medicamento no preferido. Para 2025, deberá pagar un coseguro de 50 % por los medicamentos de este nivel.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en nuestra “Lista de medicamentos”. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la “Lista de medicamentos”.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo alguno.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes es:</p> <p>Nivel 1: Genéricos preferidos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p>	<p>Nivel 2: Genéricos:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$0 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$0.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 3: Marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$37 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$0 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$37.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$37 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$0 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$37.</p>	<p>Nivel 3: Marca preferida:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$43 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$0 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$43.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$42 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$0 por el suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$42.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 4: Medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$100 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$100.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$99 por medicamento recetado.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es \$99.</p>	<p>Nivel 4: Medicamento no preferido:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 50 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 50 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 50 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 50 % del costo total.</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos para Select Care:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga \$11 por medicamento recetado.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga \$11 por medicamento recetado.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa de interrupción en la cobertura).</p>	<p>Nivel 5: Nivel especializado:</p> <p><i>Costo compartido estándar:</i> usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 33 % del costo total.</p> <p><i>Costo compartido preferido:</i> usted paga 33 % del costo total.</p> <p>Su costo para un suministro de un mes de un medicamento recetado de pedido por correo es 33 % del costo total.</p> <p>Nivel 6: Medicamentos para Select Care: No disponible.</p> <hr/> <p>Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los 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 de 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Catastrófica. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los costos de bolsillo

Para información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura catastrófica, consulte las Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

La tabla a continuación compara los cambios administrativos para el año siguiente:

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare	No aplica	El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año (de enero a diciembre). Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros en el 1-866-845-1803 o visite Medicare.gov .
Requisitos de elegibilidad para SSBCI	La elegibilidad para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades	La elegibilidad para los beneficios complementarios especiales para personas con

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	crónicas incluye cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, insuficiencia renal terminal y enfermedad de Parkinson.	enfermedades crónicas incluye una lista ampliada de afecciones crónicas además de trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, cáncer y trastornos pulmonares crónicos. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener una lista completa y conocer los cambios en los requisitos de elegibilidad aplicables.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en SCAN Embrace

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en SCAN Embrace.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2025, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O Puede cambiarse a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, utilice el Buscador de planes de Medicare (www.medicare.gov/plan-compare),

consulte la publicación *Medicare & You 2025*, llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan médico de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en SCAN Embrace.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en SCAN Embrace.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud de baja por escrito o visite nuestro sitio web para darse de baja en línea. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – o – Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan

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

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, las personas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las que se mudan fuera del área de servicio.

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

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan médico de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de

cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP recibe el nombre de Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Arizona (SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Arizona (SHIP) Los asesores pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Usted puede llamar a Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Arizona (SHIP) al 1-800-432-4040. Para obtener más información acerca del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico de Arizona (SHIP), visite el sitio web (des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen, no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - a la Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con Gastos compartidos para medicamento con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP

que funciona en su estado, las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con gastos compartidos para medicamentos con receta a través del Arizona Department of Health Services - AIDS Drug Assistance Program (ADAP), 150 N. 18th Ave., Phoenix, AZ 85007. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o, si está inscrito actualmente, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al 1-800-334-1540 o 1-602-364-3610. Cuando llame, asegúrese de informar su nombre o número de póliza del plan de la Parte D de Medicare.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo para medicamentos, a partir de 2025. Esta nueva opción de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) y del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes médicos de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros en el 1-866-845-1803 o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de SCAN Embrace

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-855-650-7226. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Generalmente no atendemos los feriados. Cuando no atendemos, tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos durante los días festivos y fuera de las horas laborales se responderán el siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para más información, consulte la *2025 Evidencia de cobertura* para SCAN Embrace. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web www.scanhealthplan.com. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.scanhealthplan.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

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

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You 2025* (Medicare y Usted 2025)

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, se envía este documento a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SCAN Desert Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discriminan, excluyen ni tratan a las personas de forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. SCAN Desert Health Plan ofrece recursos y servicios gratuitos a personas que tienen dificultades para comunicarse, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, etc.). SCAN Desert Health Plan ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN.

Si cree que SCAN Desert Health Plan no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo personalmente, por teléfono, por correo o por fax:

SCAN Desert Health Plan
Attention: Grievance and Appeals Department
P.O. Box 22616
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services
PHONE: 1-855-650-7226
FAX: 1-568-989-0958
TTY: 711

O puede completar el formulario "Presentar un reclamo" en nuestro sitio web:
<https://www.scanhealthplan.com/contact-us/file-a-grievance>

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, Servicios para Miembros de SCAN puede ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de manera electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

Puede encontrar los formularios de quejas en <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

Puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Dpto. de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o de manera electrónica:

- Por teléfono: Llame al 1-916-440-7370. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al servicio de TTY: 711.
- Por escrito: Complete un formulario de reclamo o envíe una carta a la siguiente dirección:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
Puede encontrar los formularios de quejas en http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

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 1-855-650-7226. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: 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, llame al 1-855-650-7226. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Cantonese (Traditional): 我們提供免費的口譯服務，以解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何問題。如需獲得口譯服務，請致電 1-855-650-7226 聯絡我們。我們有會說中文的工作人員可以為您提供幫助。這是一項免費服務。

Chinese Mandarin (Simplified): 我们提供免费的口译服务，以解答您对我们的健康或药物计划可能有的任何问题。如需获得口译服务，请致电 1-855-650-7226 联系我们。我们有会说中文的工作人员可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi quý vị có thể có về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Để được thông dịch, chỉ cần gọi theo số 1-855-650-7226. Người nói Tiếng Việt có thể trợ giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Tagalog: Mayroon kaming mga libreng serbisyo ng interpreter upang masagot ang anumang katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lamang kami sa 1-855-650-7226. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-650-7226 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Armenian: Առողջութեան կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ որևէ հարց առաջանալու դեպքում կարող եք օգտվել անվճար թարգմանչական ծառայությունից: Թարգմանչի ծառայությունից օգտվելու համար զանգահարե՛ք 1-855-650-7226 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերենին տիրապետող մեր աշխատակիցը: Ծառայությունն անվճար է:

Persian: توجه: ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد برنامه بهداشتی یا داروهای ما داشته باشید پاسخ دهیم. برای آن که مترجم دریافت کنید فقط کافیسست با شماره 1-855-650-7226 تماس بگیرید. شخصی که به زبان فارسی صحبت می کند، می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно плана медицинского обслуживания или обеспечения лекарственными препаратами, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по номеру 1-855-650-7226. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит на русском языке. Данная услуга бесплатная.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご利用になるには、1-855-650-7226 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。

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-855-650-7226. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Punjabi: ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲਾਂ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਕੋਈ ਦੁਬਾਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਬੱਸ ਸਾਨੂੰ 1-855-650-7226 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Mon-Khmer, Cambodian:

យើងខ្ញុំមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយមិនគិតថ្លៃចាំឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬផែនការឱសថរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែហៅទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-855-650-7226។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-855-650-7226. Muaj qee tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb.

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 1-855-650-7226 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Thai: เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-855-650-7226 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

Lao: ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພວງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-650-7226. ບາງຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການຟຣີ.

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 1-855-650-7226. Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-650-7226. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per usufruire di un interprete, contattare il numero 1-855-650-7226. Un nostro incaricato che parla Italiano Le fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: 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 1-855-650-7226. Irá encontrar alguém que fale português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou yo. Pou w jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-650-7226. 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 1-855-650-7226. Ta usługa jest bezpłatna.

Hmong-Mien: Peb muaj kev pab cuam txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog ntawm pib lub phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu pib ntawm 1-855-650-7226. Muaj tus neeg hais lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладача, який відповість на будь-які ваші запитання щодо нашого плану медичного обслуговування або лікарського забезпечення. Щоб отримати послуги перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-855-650-7226. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.