



## ***Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO) ofrecido por SCAN Health Plan***

# **Notificación anual de cambios para 2024**

En la actualidad, está inscrito como miembro de Scripps Signature offered by SCAN Health Plan. 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](http://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 médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y gastos compartidos.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- 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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la contraportada del manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).

- 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, 2023, permanecerá en Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede hacerlo desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará en el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidados a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento.

### Recursos adicionales

- Este documento está se encuentra disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-559-3500. (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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

**Acerca de Scripps Signature offered by SCAN Health Plan**

- Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de una renovación del contrato.
- Cuando en este documento dice “nosotros,” “nos” o “nuestro/a,” se hace referencia a SCAN Health Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.

H5425-004

Y0057\_SCAN\_20613\_2024\_M

## ***Aviso anual de cambios para 2024***

### **Tabla de contenidos**

<b>Resumen de costos importantes para 2024</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo</b>	<b>10</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	10
Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	10
Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias	11
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	11
Sección 1.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D	13
<b>SECCIÓN 2 Cambios administrativos</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir</b>	<b>18</b>
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Scripps Signature offered by SCAN Health Plan	18
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	18
<b>SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Preguntas?</b>	<b>21</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Scripps Signature offered by SCAN Health Plan	21
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	22

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Scripps Signature offered by SCAN Health Plan en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$74	\$74
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> Esta es la suma <u>máxima</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 más información).	\$2,500	\$2,500
<b>Visitas en el consultorio del médico</b>	<b>Visitas al médico de atención primaria:</b> \$10 de copago por consulta.  <b>Visitas a especialista:</b> \$25 de copago por consulta.	<b>Visitas al médico de atención primaria:</b> \$10 de copago por consulta.  <b>Visitas a especialista:</b> \$25 de copago por consulta.
<b>Hospitalizaciones</b>	\$150 copago por día para los días 1 a 5 y \$0 copago por día para los días 6 en adelante.	\$150 copago por día para los días 1 a 5 y \$0 copago por día para los días 6 en adelante.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (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"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$9 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$12 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li> </ul> <p>\$0 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <p>\$3 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"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 1:</b> \$9 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 2:</b> \$12 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li> </ul> <p>\$0 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p> <p>\$3 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="711 321 1036 577">• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$47 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="755 609 1036 865">Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="755 896 1036 1068">\$37 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="755 1100 1036 1356">Usted paga \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="711 1388 1036 1608">• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$100 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="755 1640 1036 1787">\$95 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1084 321 1409 577">• <b>Medicamentos de Nivel 3:</b> \$47 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="1128 609 1409 865">Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="1128 896 1409 1068">\$37 por receta para otros medicamentos (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="1128 1100 1409 1356">Usted paga \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="1084 1388 1409 1608">• <b>Medicamentos de Nivel 4:</b> \$100 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li data-bbox="1128 1640 1409 1787">\$95 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li>33 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> No disponible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Medicamentos de Nivel 5:</b> 33 % del costo total (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li>33 % del costo total (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li>   <li>• <b>Medicamentos de Nivel 6:</b> \$11 por receta (<i>Gasto compartido estándar</i> de hasta 30 días)</li>   <li>\$11 por receta (<i>Gasto compartido preferido</i> de hasta 30 días)</li> </ul>
	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de los medicamentos cubiertos.</li> </ul>	<p>Cobertura catastrófica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D y para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Usted no paga nada.</li> </ul>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Para cada receta, usted paga el costo que sea mayor: un pago equivalente al 5 % del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento considerado genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos).</li></ul>	

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

### Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$74	\$74
<b>Prima mensual del plan complementario opcional</b>	Plan Dental Esencial: \$10	Plan Dental Esencial: \$10

- 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.
- Su prima mensual será *menor* si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 acerca de “Ayuda adicional” 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo	\$2,500	\$2,500  Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo para los servicios cubiertos dentro de la

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo (continuación)</b> que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo.		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 las redes de proveedores y farmacias

---

Puede encontrar directorios actualizados en nuestra página web en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com). También puede comunicarse con el Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que recibirá dentro de tres días hábiles.

Habrá cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el 2024 Directorio de proveedores y farmacias 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 2024 Directorio de proveedores y farmacias 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

---

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> están disponibles.	Tiene cobertura de hasta \$30 para productos de venta sin receta disponibles en el catálogo de pedido por correo de SCAN OTC cada trimestre. El saldo restante se traslada trimestralmente. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles.
<b>Asistencia remota para trastornos de la conducta</b>	La asistencia remota para trastornos de la conducta <u>no</u> está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 por cada consulta médica virtual. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
<b>Fitbit Care con tecnología de Google</b>	Fitbit Care con tecnología de Google <u>no</u> está cubierto.	Usted paga un copago de \$0 por Fitbit Care con tecnología de Google. Consulte su <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más detalles.
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B</b></p> <p>A partir del 1 de abril de 2023, usted paga de \$0 al 20 % de la suma aprobada por Medicare para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de \$35 por el suministro de un mes de insulina de la Parte B suministrada mediante un elemento de equipo médico duradero, como una bomba de insulina médicamente necesaria.</p> <p><b>Se aplican reglas de autorización previa.</b></p> <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más detalles.</p>		
<b>Servicios de podología (de rutina/no cubiertos por Medicare)</b>	Usted paga un copago de \$0 por cada visita hasta 6 visitas por año.	Los servicios de podología de rutina (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Soluciones para Togetherness</b> - Headspace: aplicación de atención plena/meditación	Usted paga \$0 por usar la aplicación Headspace.	Headspace <u>no</u> está cubierto.

## 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.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo, o si su medicamento se ha movido a un nivel de gastos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios de la “Lista de medicamentos” son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, puede que implementemos otros cambios que permite la regulación de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar inmediatamente los medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para ofrecer la lista más actualizada de medicamentos.

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.

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta

**Nota:** Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse no ser aplicable a su caso.** Hemos le enviamos un anexo separado denominado “Cláusula adicional de la evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para la compra de medicamentos con receta” (también llamado Cláusula adicional por subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que describe la cobertura por medicamentos que le corresponde. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este

inserto antes del 30 de septiembre 2023, comuníquese con el Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Hay cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios para las dos primeras etapas: la etapa del deducible anual y la etapa inicial de cobertura. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la etapa del período de interrupción en la cobertura o la etapa de cobertura catastrófica).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	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 su Gastos Compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan pagará su parte del costo de los medicamentos y <b>usted pagará su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red.</p> <p>Si desea información acerca de los costos por un suministro a largo plazo o por las recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en su “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 para usted.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$9 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genéricos:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$3 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p><b>Nivel 1: Genéricos preferidos:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$9 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$0 por receta.</p> <p><b>Nivel 2: Genéricos:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$12 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$3 por receta.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Nivel 3: Marca preferida:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$37 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: Nivel especializado:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 33 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 33 % del costo total.</p>	<p><b>Nivel 3: Marca preferida:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$47 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$37 por receta para otros medicamentos.</p> <p>Usted paga \$25 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamento no preferido:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$100 por receta.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$95 por receta.</p> <p><b>Nivel 5: Nivel especializado:</b></p> <p><i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga 33 % del costo total.</p> <p><i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga 33 % del costo total.</p>

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Nivel 6: Medicamentos para Select Care:</b> No disponible</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>	<p><b>Nivel 6: Medicamentos para Select Care:</b> <i>Gasto compartido estándar:</i> Usted paga \$11 por receta. <i>Gasto compartido preferido:</i> Usted paga \$11 por receta.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período de interrupción en la cobertura).</p>

### **Cambios en la Etapa del período de interrupción en la cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período de interrupción en la cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período de interrupción en la cobertura ni a la Etapa de cobertura catastrófica.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D y por los medicamentos excluidos cubiertos por el beneficio mejorado.**

Para información específica sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 4 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cambios administrativos

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

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Proveedor de membresía en un gimnasio</b>	SilverSneakers proporciona la membresía al gimnasio.	OnePass proporciona la membresía al gimnasio.

## SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Scripps Signature offered by SCAN Health Plan

**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 Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2024, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 sobre una potencial multa por inscripción tardía de 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), consulte la publicación *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame a su Programa estatal de asistencia en seguro médicos (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 Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Scripps Signature offered by SCAN Health Plan.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe:
  - 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 2024.

### ¿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 2024 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 2024.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente en una institución o acaba de salir de una (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.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP recibe el nombre de Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y en forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) 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 de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP) al 1-800-434-0222. Para obtener más información acerca del Programa de Consejería y Abogacía de Seguros de Salud (HICAP), visite el sitio web ([aging.ca.gov/hicap/](http://aging.ca.gov/hicap/)).

## 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. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período de interrupción en la cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
  - a la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** California cuenta con un programa denominado Programa para personas con discapacidades genéticas (GHPP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa estatal de asistencia en seguros médicos.

- **Asistencia Gastos compartidos con los medicamentos 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. 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 gastos compartidos asistencia con los medicamentos con receta a través del Office of AIDS, Center for Infectious Diseases – California Department of Public Health, MS7700, P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-844-421-7050.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Scripps Signature offered by SCAN Health Plan

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500. (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 2024 (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 2024. Para más información, consulte la 2024 *Evidencia de cobertura* para Scripps Signature offered by SCAN Health Plan. 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](http://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](http://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](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea *Medicare & You 2024 (Medicare y Usted 2024)***

Lea el manual *Medicare y Usted 2024*. 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 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 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 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 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 Health Plan  
Attention: Grievance and Appeals Department  
P.O. Box 22616  
Long Beach, CA 90801-5616

SCAN Member Services  
PHONE: 1-800-559-3500  
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 ayudarlo.

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](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- De manera electrónica: Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500 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 1-800-559-3500. 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、1-800-559-3500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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 '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 1-800-559-3500។ មានគេដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយលោកអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

**Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus los teb koj cov lus nug uas koj muaj txog ntawm peb lub phiaj xwm kho mob thiab tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws txhais lus, tsuas yog hu peb ntawm 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Thai:** เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบสนองข้อสงสัยต่าง ๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนสุขภาพและด้านเภสัชกรรมของเรา ขอความช่วยเหลือจากล่ามโดยโทรติดต่อเราที่หมายเลข 1-800-559-3500 เจ้าหน้าที่ในภาษาไทยจะเป็นผู้ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ

**Lao:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອຮັບເອົານາຍພາສາ, ພາກຕ່າງໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. 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 peb 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 peb ntawm 1-800-559-3500. 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 1-800-559-3500. Вам може допомогти людина, яка володіє українською мовою. Ця послуга безкоштовна.

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**

**Esta página se dejó en blanco intencionalmente**