



## Senior Care (HMO I-SNP) ofrecido por *Align Senior Care California Inc.*

### Aviso anual de cambios para 2024

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Align Premier (HMO I-SNP). El próximo año, se realizarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un Resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](https://AlignSeniorCare.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una copia de la *Evidencia de cobertura*.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

#### Qué hacer ahora

##### 1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
    - Revise los cambios a los costos de atención médica (médico, hospital).
    - Revise los cambios a nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
    - Considere cuánto pagará en primas, deducibles y costo compartido.
  - Revise los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
  - Revise si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el año próximo.
  - Considere si está satisfecho con nuestro plan.
- ##### 2. COMPARE: conozca otras opciones de planes
- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare), o revise la lista en la contratapa 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 de 2023, permanecerá inscrito en Senior Care (HMO I-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, puede cambiarse de plan o cambiarse a Original Medicare (con o sin un plan separado para 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 los miembros al 1-844-305-3879. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en braille y en tamaño de letra grande.
- **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 Senior Care (HMO I-SNP)**

- Align Senior Care es un plan HMO I-SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Align Senior Care depende de la renovación del contrato. Align Senior Care cumple con las leyes aplicables federales de los derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Align Senior Care California Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Senior Care (HMO I-SNP).

H3274\_001\_2023ANOC\_M

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

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024 .....</b>	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1    Estamos cambiando el nombre del plan.....</b>	<b>7</b>
<b>SECCIÓN 2    Cambios en los costos y beneficios para el año próximo .....</b>	<b>7</b>
Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo .....	7
Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores y farmacias .....	8
Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	8
Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	17
<b>SECCIÓN 3    Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>21</b>
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Senior Care (HMO I-SNP) .....	21
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	21
<b>SECCIÓN 4    Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 5    Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 6    Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta .....</b>	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 7    Preguntas.....</b>	<b>24</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Senior Care (HMO I-SNP) .....	24
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare .....	24

## Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 de Senior Care (HMO I-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solo es un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b>	\$38.90	\$41
* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener detalles.		
<b>Deducible</b>	El deducible de la Parte B es de \$226	El deducible de la Parte B era de \$226 con excepción de la insulina que se administra por medio de un equipo médico duradero. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. Senior Care (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.
	El deducible de la Parte A es de \$1,600	El deducible de la Parte A era de \$1,600. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. Senior Care (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>	\$8,300	\$8,850
Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener detalles).		

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% de coseguro por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 20% de coseguro por consulta</p>
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. Senior Care (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).</p> <p>Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).</p>	<p>Deducible: \$505 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p> <p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: 25% de coseguro</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayoría del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• A partir de 2024, el costo compartido para los miembros que se encuentren en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas será de \$0.</li> </ul>	<p>Deducible: \$545 con excepción de los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos</p> <p>Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Medicamentos de Nivel 1: 25% de coseguro</p> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

## SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de Align Premier (HMO I-SNP) a Senior Care (HMO I-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación de miembro. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de identificación de miembro está dañada, se le pierde o se la roban, llame a Servicios para los miembros al 1-844-305-3879 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Verá el nuevo nombre del plan en futuras comunicaciones en las que se haga referencia al nombre del plan.

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

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<b>Prima mensual</b> (Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$38.90	\$41

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para medicamentos de Medicare (también conocida como cobertura acreditable) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por 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 que se relaciona con la “Ayuda adicional” de Medicare.

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su</b>	\$8,300	\$8,850

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>bolsillo</b> Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos y deducibles) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>		<p>Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

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

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](http://AlignSeniorCare.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener información actualizada de proveedores y/o farmacias, o bien, para solicitarnos que le enviemos un directorio, el cual le enviaremos por correo en un plazo de tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024* para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el *Directorio de farmacias de 2024* para ver cuáles farmacias están en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) y farmacias, que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio que se hace a medio año le afecta, comuníquese a Servicios para los miembros para que podamos ayudar.

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

Estamos cambiando los costos y beneficios para ciertos servicios médicos para el siguiente año. La información que está a continuación describe los cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Deducible</b></p>	<p>Se aplica el deducible a los siguientes beneficios:</p>	<p>No se aplica el deducible a los siguientes beneficios:</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías para pacientes externos</li> <li>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Enemas de bario</li> </ul> <p>No se aplica el deducible a los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con ejercicios supervisados</li> <li>• Servicios adicionales de telesalud</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos</li> <li>• Ambulancia terrestre</li> <li>• Ambulancia aérea</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografías para pacientes externos</li> <li>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Enemas de bario</li> </ul> <p>Se aplica el deducible a los siguientes beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento con ejercicios supervisados</li> <li>• Servicios adicionales de telesalud</li> <li>• Servicios hospitalarios para pacientes externos</li> <li>• Ambulancia terrestre</li> <li>• Ambulancia aérea</li> <li>• Anteojos o lentes de contacto</li> </ul>
<b>Autorización previa</b>	Se requiere autorización previa para los suministros y servicios para la diabetes.	Ya no se requiere autorización previa para los suministros y servicios para la diabetes.
<b>Atención de acompañante</b>	<u>Sin</u> cobertura.	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros tendrán acceso al Beneficio de acompañante por necesidades sociales (Social Needs Companion Benefit)* que proporciona asistencia con tareas generales como ir a hacer mandados, labores ligeras de aseo del hogar, compañía a las citas, asistencia tecnológica, agendar citas, lectura para el miembro y demás. Este beneficio se limita a 30 horas al año.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>*Este beneficio está disponible solo para miembros con ciertas afecciones crónicas. Consulte la siguiente lista de afecciones para saber si cumple con los requisitos: dependencia crónica al alcohol y a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad hepática terminal, enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), trastornos de sangre graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, enfermedades mentales crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, osteoartritis, hipertensión e hiperlipidemia.</p>		
<p><b>Servicios dentales</b></p>		
<p><b>Servicios dentales preventivos</b></p>		
<p>Monto máximo del plan</p>	<p>No hay monto máximo de crédito para servicios preventivos cubiertos dentro de la red.</p>	<p>Hasta \$3,000 de crédito combinado cada año para todos los demás servicios dentales integrales y de prevención adicionales.</p>
	<p>Sin cobertura para tratamientos con fluoruro.</p>	<p>Se limita a 2 tratamientos con fluoruro cada año.</p>
	<p>Se limita a 2 radiografías cada año.</p>	<p>Se limita a 1 radiografía preventiva. Una radiografía de mordida está cubierta anualmente. Se cubre una radiografía panorámica o una serie completa cada 3 años. Las radiografías oclusales intraorales están cubiertas dos veces al año.</p>
<p><b>Servicios dentales integrales</b></p>		
<p>Monto máximo del plan</p>	<p>Hasta \$1,000 de crédito cada año por todos los servicios cubiertos dentro de la red.</p>	<p>Hasta \$3,000 de crédito combinado cada año para todos los demás servicios dentales integrales y de prevención adicionales.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Sin límite de servicios de endodoncia cada año.	Se limita a 1 servicio de endodoncia.  Los servicios de endodoncia están cubiertos una vez por diente de por vida.
	Sin límite de extracciones cada año.	Se limita a 1 extracción. Las extracciones simples y quirúrgicas son un beneficio cubierto una vez por diente de por vida. La extracción de un diente impactado es un beneficio cubierto. Los servicios de alveoloplastía están cubiertos una vez por sitio/cuadrante de por vida.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Sin límite de servicios que no sean de rutina cada año.</p> <p>Sin límite de servicios de periodoncia cada año.</p>	<p>Se limita a 1 servicio que no es de rutina.</p> <p>El tratamiento paliativo del dolor dental está cubierto dos (2) veces por año calendario. El protector oclusal, el análisis y los ajustes están cubiertos una vez cada tres (3) años. Los servicios de teleodontología están cubiertos dos (2) veces por año calendario.</p> <p>Se limita a 1 servicio de periodoncia.</p> <p>El raspado y el alisado radicular están cubiertos una vez por cuadrante cada dos (2) años. El mantenimiento periodontal es un beneficio cubierto dos (2) veces al año. La irrigación gingival es un beneficio cubierto una vez por cuadrante cada dos (2) años. Los servicios periodontales cubiertos incluyen gingivectomía una (1) vez por cuadrante cada tres (3) años; cirugía ósea una vez por sitio/cuadrante cada cinco (5) años; desbridamiento completo de la boca una vez cada dos (2) años. Los servicios de injerto periodontal están cubiertos una (1) vez por sitio/cuadrante cada tres (3) años.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Sin límite de servicios de prostodoncia cada año.</p> <p>Sin límite de servicios de restauración cada año.</p>	<p>Se limita a 1 servicio.</p> <p>Los servicios de prostodoncia incluyen dentaduras postizas completas y parciales una vez por arco cada cinco (5) años. Los ajustes y reparaciones de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada año. Los rebasados de dentaduras postizas son un beneficio cubierto una vez por arco cada dos (2) años</p> <p>Se limita a 1 servicio de restauración.</p> <p>Los empastes están cubiertos; no se duplica el empaste en la misma superficie dental durante 2 años. Los servicios de prótesis fija son un beneficio cubierto una vez por diente cada 5 años. Se cubre 1 de los siguientes servicios de restauración por diente cada 5 años: reconstrucción de núcleo, retención con pasador, poste y núcleo fabricados indirectamente, y cada poste prefabricado adicional. La corona prefabricada es un servicio cubierto una vez por diente cada año.</p>
<p><b>Ejercitación de la memoria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercitación de la memoria</li> </ul>	<p><u>Sin</u> cobertura</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Los miembros tienen acceso a Brain HQ, una suscripción en línea para todo el año que ofrece ejercicios y juegos para la salud mental y el cerebro.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Tarjeta para adquirir abarrotes</b>	<u>Sin cobertura.</u>	\$0 de copago  Los miembros reciben \$30 mensuales para gastar en alimentos y abarrotes* en tiendas en línea y minoristas preferidas.
<p>*Este beneficio está disponible solamente para miembros con ciertas afecciones crónicas. Consulte la siguiente lista de afecciones para saber si cumple con los requisitos: dependencia crónica al alcohol y a otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, Insuficiencia cardiaca crónica, demencia, diabetes, enfermedad terminal del hígado, enfermedad renal terminal (end-stage renal disease, ESRD), trastornos de sangre graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones discapacitantes y crónicas de la salud mental, trastornos neurológicos, accidente cerebrovascular, osteoartritis, hipertensión e hiperlipidemia.</p>		
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.  \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. Senior Care (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).  Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.
<b>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</b>	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.  \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60;	Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024. Senior Care (HMO I-SNP)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>\$400 de copago cada día por los días 61 al 90;            \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).            Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.            \$1,600 de deducible;            \$0 de copago cada día por los días 1 al 60;            \$400 de copago cada día por los días 61 al 90;            \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida).            Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia y radiación</b></p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Medicamentos de la Parte B</b></p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.            El plan ofrece tratamiento escalonado para Parte B a Parte B.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.            El plan ofrece tratamiento escalonado para Parte B a Parte B.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B - Medicamentos de insulina</b></p>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare. Usted paga un máximo de \$35.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</b></p>	<p>Usted es elegible para \$100 de crédito cada tres meses a fin de utilizarlo para comprar artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) para salud y bienestar, seleccionados de un catálogo de salud proporcionado por el plan.</p> <p>Los créditos no utilizados se transfieren al siguiente periodo.</p>	<p>Usted es elegible para \$250 de crédito, precargados en una tarjeta Flex Card, cada tres meses. Se pueden usar \$200 cada tres meses para cualquier artículo de venta libre (Over-The-Counter, OTC). Se pueden usar \$50 específicamente para la compra de productos para la incontinencia.</p> <p>Los créditos no utilizados se transfieren al siguiente periodo.</p>
<p><b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b></p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023.</p> <p>\$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>\$200 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>	<p>Usted paga por los montos de costo compartido de Original Medicare de 2024. Estos son los montos de costo compartido para 2023 y pueden cambiar para 2024.</p> <p>\$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>\$200 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare.</p> <p>Se aplican los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios de telesalud adicionales</b>	<p>Usted paga 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios de médico de atención primaria, los servicios educativos sobre la enfermedad renal, la capacitación para el autocontrol de la diabetes y los servicios de especialistas médicos son beneficios de telesalud cubiertos.</p>	<p>Usted paga 0% - 20% de coseguro según el servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Los servicios del médico de atención primaria, los servicios educativos sobre la enfermedad renal, la capacitación sobre el autocontrol de la diabetes, los servicios de los médicos especialistas y los servicios especializados en salud mental son beneficios de telesalud cubiertos.</p>
<b>Transporte (de rutina adicional)</b>	<u>Sin</u> cobertura	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 24 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicio de transporte compartido a cualquier lugar relacionado con la salud.</p>
<b>Atención de la vista - Anteojos o lentes de contacto adicionales de rutina - Monto máximo del plan</b>	Hasta \$130 crédito cada año para todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.	Hasta \$275 crédito cada año para todos los anteojos y lentes de contacto adicionales.

## Sección 2.5 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

### Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Una copia de nuestra “Lista de medicamentos” se encuentra en formato electrónico.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, lo que puede incluir eliminar o agregar

medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o mover medicamentos a un nivel de costo compartido diferente. **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 ha sido movido a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios nuevos en la “Lista de medicamentos” se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos de manera inmediata, eliminar medicamentos considerados inseguros por la FDA o retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si usted se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de cobertura y hable con su médico para averiguar sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o colaborar para encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para obtener más información.

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

**Nota:** si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para 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 de 2023, llame a Servicios para los miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de los medicamentos**. La siguiente información describe los cambios en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del periodo sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

**Cambios en la Etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (año próximo)
<p><b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b></p> <p>Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.</p>	El deducible es de \$505.	El deducible es de \$545.

## Cambios en sus costos 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>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos en esta fila son por suministro para un mes (30 días) cuando usted obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>25% de coseguro</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes obtenido en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:</p> <p>25% de coseguro</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del periodo sin cobertura).</p>

### Cambios en las Etapas del periodo sin cobertura y de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del periodo sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que tienen altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del periodo sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si usted llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

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

**Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas:** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por insulina:** No pagará más de \$35 por el suministro de un mes por cada producto de insulinas cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el

que se este se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

## SECCIÓN 3      Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Senior Care (HMO I-SNP)

**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 antes del 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Senior Care (HMO I-SNP).

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante el año próximo, pero si desea cambiar de plan para 2024, 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 2.1 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, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), disponible en [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) 2024*, llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2). Le recordamos que Align Senior Care California Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Senior Care (HMO I-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en Senior Care (HMO I-SNP).
- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.

- *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los siete días de la semana, y pedir 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 ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024, y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse 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 acaba de ingresar a una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), actualmente vive allí o acaba de salir de allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud 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 seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa independiente del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se llama California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el fin de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-434-0222. Para más información sobre California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (<https://www.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.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un periodo sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame:
  - al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana;
  - a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles 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 tiene un programa denominado Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients 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 sobre seguro médico.
  - California tiene un programa denominado Prescription Drug Discount Program for Medicare Recipients.
- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-916-558-1784.

## SECCIÓN 7 Preguntas

### Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Senior Care (HMO I-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a Servicios para los miembros al 1-844-305-3879. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días a la semana (excepto Día de Acción de Gracias y Navidad); y del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados).

#### **Lea su *Evidencia de cobertura de 2024* (describe en detalle 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 obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para Senior Care (HMO I-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com). También puede llamar a Servicios para los miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web [AlignSeniorCare.com](https://www.alignseniorcare.com). Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) 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](https://www.medicare.gov)). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para conocer más información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea *Medicare & You (Medicare Y Usted) 2024***

Lea el manual *Medicare & You (Medicare Y Usted) 2024*. Cada otoño, este documento se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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 1-844-305-3879. Someone who speaks English/Language 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, por favor llame al 1-844-305-3879. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-305-3879。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-305-3879。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-305-3879. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-305-3879. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-305-3879 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-305-3879. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.



**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-305-3879 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-305-3879. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-844-305-3879 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे सवास य या दवा की योजना केबारे में आपकेकिसी भी पर न केजवाब देने केलिए हमारे पास मुफत दुभाषिया सेवाएँउलपब्ध हैं. एक दुभाषिया परापत करने केलिए, बस हमें 1-844-305-3879 पर फोन करें कोई वयकतक्त जो हिनदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफत सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-305-3879. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-305-3879. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-305-3879. 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 1-844-305-3879. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-305-3879 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。