

Notificación anual de modificaciones para el año 2018

Actualmente, usted está inscrito como miembro de *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*. El año próximo, habrá algunas modificaciones en los costos y beneficios del plan. *En este libro, encontrará información acerca de las modificaciones.*

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

¿Qué debe hacer ahora?

1. CONSULTE: Qué modificaciones se aplican en su caso

- Verificar las modificaciones en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se ajuste a sus necesidades el año próximo.
 - Las modificaciones, ¿afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 1.1 - 1.5 para obtener información sobre modificaciones de costo y beneficios en nuestro plan.
- Verificar en el libro las modificaciones en nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente con una participación en los costos diferente?
 - ¿Algunos de sus medicamentos tienen nuevas restricciones, como la necesidad de aprobación nuestra antes de que usted surta sus recetas?
 - ¿Puede seguir concurriendo a las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos por concurrir a esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2018 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre modificaciones a nuestra cobertura de medicamentos.
- Verificar si sus médicos y otros proveedores serán parte de nuestra red el año próximo.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Considerar sus costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que usa habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y sus deducibles?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Considerar si está conforme con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Verificar la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Utilice la característica personalizada de búsqueda disponible en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista que aparece en la contratapa del Manual Medicare y usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.

- Una vez que reduzca su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA: Decidir si quiere cambiar su plan**

- Si quiere **permanecer en *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)***, no debe hacer nada. Usted permanecerá en *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*.
- Para cambiar a un **plan diferente** que podría ajustarse mejor a sus necesidades, puede cambiarse de plan del 15 de octubre al 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiarse de plan, inscribese en un plan del **15 de octubre al 7 de diciembre de 2017**

- Si **no se inscribe a más tardar el 7 de diciembre de 2017**, permanecerá en *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*.
- Si se **inscribe a más tardar el 7 de diciembre de 2017**, su cobertura nueva entrará en vigencia el 1 de enero de 2018.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Please contact our Member Services number at (866) 422-5009 for additional information. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

- Debemos brindar información de forma tal que a usted le sirva (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.).
- **La cobertura en función de este Plan califica como cobertura esencial mínima (minimum essential coverage, MEC)** y cumple con el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*

- Today's Options[®] PPO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en Today's Options[®] PPO depende de la renovación del contrato.
 - Cuando en este libro dice “nosotros”, “nos” o “nuestro” con sus variantes, se refiere a *American Progressive Life & Health Insurance Company of New York, Inc.* Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*.
-

Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla muestra una comparación de los costos para el año 2017 y los costos para el año 2018 para *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)* en muchas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de las modificaciones. Es importante que lea el resto de esta Notificación anual de modificaciones** y que revise la *Evidencia de cobertura* adjunta, para saber si le afectan las demás modificaciones de beneficios o costos.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Es posible que su prima tenga un costo superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$103.00	\$106.00
<p>Montos máximos de bolsillo</p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> de bolsillo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles)</p>	<p>De proveedores de la red: \$5,000.00</p> <p>De proveedores de la red y de fuera de la red combinados: \$5,000.00</p>	<p>De proveedores de la red: \$5,000.00</p> <p>De proveedores de la red y de fuera de la red combinados: \$5,000.00</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$10.00 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$35.00 por visita</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$10.00 por visita</p> <p>Visitas a especialistas: \$35.00 por visita</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye atención aguda, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingrese formalmente al hospital con la orden de un médico. El día anterior al día que le den de alta es su último día de internación.</p>	<p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1 a 5: Copago de \$250.00 por día Días 6 a 90: copago de \$0.00 por día.</p>	<p>Para cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1 a 5: Copago de \$250.00 por día Días 6 a 90: copago de \$0.00 por día.</p>

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Participación en los costos estándar para un suministro de 30 días) (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles)</p>	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$10.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$45.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$85.00 • Nivel 5 de medicamentos: 33 % 	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$10.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$45.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$85.00 • Nivel 5 de medicamentos: 33 %
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Participación en los costos preferida para un suministro de 30 días) (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles)</p>	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$5.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$35.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$75.00 • Nivel 5 de medicamentos: 33 % 	<p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$0.00 • Nivel 2 de medicamentos: \$5.00 • Nivel 3 de medicamentos: \$35.00 • Nivel 4 de medicamentos: \$75.00 • Nivel 5 de medicamentos: 33 %

Notificación anual de modificaciones para el año 2018
Índice

Resumen de costos importantes para 2018	1
SECCIÓN 1 Modificaciones en los beneficios y costos para el año próximo	4
Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Modificaciones en los montos máximos de bolsillo	4
Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores	5
Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias	6
Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y costos por servicios médicos	6
Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	17
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	29
Sección 3.1 – Si desea permanecer en Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)	29
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	29
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	30
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	30
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	31
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	32
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)	32
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	32

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

Sección 1.1 – Modificaciones en la prima mensual

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Prima mensual	\$103.00	\$106.00
(También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).		

- Su prima mensual del plan será mayor si tiene que pagar una sanción 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 conocida como “cobertura acreditable”) durante un mínimo de 63 días, si se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si tiene ingresos superiores, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El monto de su prima mensual será inferior si recibe “Ayuda adicional” para los costos de sus medicamentos recetados.

Sección 1.2 – Modificaciones en los montos máximos de bolsillo

Para su protección, Medicare exige a todos los planes de salud limitar el monto “de bolsillo” que usted paga durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos de bolsillo”. Una vez que usted alcanza este monto, por lo general, no pagará ningún costo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo dentro de la red	\$5,000.00	\$5,000.00
Los montos que usted paga por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red se computan para el monto máximo de bolsillo dentro de la red. Los montos que paga por la prima del plan y los medicamentos recetados no se		Una vez que haya pagado el monto de bolsillo de \$5,000.00 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por esos servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B prestados por

Costo	2017 (este año)	2018 (próximo año)
computan para el monto máximo de bolsillo.		proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Monto máximo de bolsillo combinado	\$5,000.00	\$5,000.00
Los montos que usted paga por servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro y fuera de la red se computan para el monto máximo de bolsillo combinado. Los montos que paga por la prima del plan y los medicamentos recetados no se computan para el monto máximo de bolsillo combinado.		Una vez que haya pagado el monto de bolsillo de \$5,000.00 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada por esos servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B prestados por proveedores de la red o de fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 – Modificaciones en la red de proveedores

Se realizaron modificaciones en nuestra red de proveedores para el año próximo. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web www.TodaysOptionsPPO.com. También puede llamar a Member Services para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores por correo. **Revise el Directorio de proveedores de 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que realizamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversas razones por las que es posible que su proveedor deje su plan, pero si su médico o especialista lo dejan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede variar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para informarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan, para que disponga de tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado que continúe atendiendo sus necesidades de atención médica.

- Si se encuentra en tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizarlo, que el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo no se vea interrumpido.
- Si piensa que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está gestionando correctamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

Sección 1.4 – Modificaciones en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por sus medicamentos recetados dependan de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se adquieren en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con participación de costos preferida, que pueden ofrecerle una participación de costos menor que la participación de costos estándar ofrecida por otras farmacias dentro de la red para algunos medicamentos.

El año próximo, se realizarán modificaciones en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web www.TodaysOptionsPPO.com. También puede llamar a Member Services para obtener información actualizada de proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias por correo. **Consulte el Directorio de farmacias de 2018 para saber qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Sección 1.5 – Modificaciones en los beneficios y costos por servicios médicos

El año próximo, modificaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La información que aparece a continuación describe estas modificaciones. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)*, de la *Evidencia de cobertura de 2018*.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal	Fuera de la red El 25 % del costo para ecografía de control cubierta por Medicare para exámenes preventivos de aneurisma aórtico abdominal.	Fuera de la red El 30 % del costo para ecografía de control cubierta por Medicare para exámenes preventivos de aneurisma aórtico abdominal.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Visita de bienestar anual	Fuera de la red El 25 % del costo para este servicio preventivo.	Fuera de la red El 30 % del costo para este servicio preventivo.
Densitometría ósea	Fuera de la red El 25 % del costo para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para el examen de densitometría ósea cubierto por Medicare.
Examen de detección de cáncer de mama	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes de mamas cubiertos por Medicare. El 25 % del costo para mamografía cubierta por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes de mamas cubiertos por Medicare. El 30 % del costo para mamografías cubiertas por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca	Fuera de la red El 25 % del costo para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30% del costo para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.
Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular	Fuera de la red El 25 % del costo para terapia intensiva cubierta por Medicare para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.	Fuera de la red El 30 % del costo para la terapia intensiva cubierta por Medicare para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.
Pruebas de enfermedades cardiovasculares	Fuera de la red El 25 % del costo para análisis de sangre de detección de enfermedad cardiovascular cubierto por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares cubiertos por Medicare.
Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino	Fuera de la red El 25 % del costo para pruebas de Papanicolaou y exámenes	Fuera de la red El 30 % del costo para pruebas de Papanicolaou y exámenes

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	pélvicos cubiertos por Medicare.	pélvicos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos	Fuera de la red El 25% del costo de cada sesión cubierta por Medicare.	Fuera de la red 30 % del costo de cada sesión cubierta por Medicare.
Examen de detección de cáncer colorrectal	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes de detección colorrectales cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes de detección colorrectales cubiertos por Medicare.
Servicios dentales	Fuera de la red 25 % del costo por visitas odontológicas integrales complementarias. 25 % del costo por visitas odontológicas preventivas complementarias.	Fuera de la red 30 % del costo por visitas odontológicas integrales complementarias. 30 % del costo por visitas odontológicas preventivas complementarias.
Examen de detección de depresión	Fuera de la red 25 % del costo por examen de detección cubierto por Medicare.	Fuera de la red 30 % del costo por examen de detección cubierto por Medicare.
Examen de detección de diabetes	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	Fuera de la red El 25 % del costo del calzado terapéutico o las plantillas cubiertos por Medicare. El 25 % del costo de suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo del calzado terapéutico o las plantillas cubiertos por Medicare. El 30 % del costo de suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	El 25 % del costo para capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	El 30 % del costo para la capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Equipo médico duradero y suministros relacionados	Fuera de la red El 25 % del costo para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para el equipo médico duradero cubierto por Medicare.
Atención de emergencia	Copago de \$75.00 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.	Copago de \$80.00 para cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.
Programas de educación para la salud y el bienestar	Dentro de la red No disponibles Fuera de la red El 25 % del costo del beneficio de control de enfermedad mejorada. El 25 % del costo del beneficio de la línea directa de enfermería. No disponibles	Dentro de la red Copago de \$0.00 por un examen físico anual. Fuera de la red El 30 % del costo del beneficio de control de enfermedad mejorada. El 30 % del costo del beneficio de la línea directa de enfermería. Copago de \$20.00 por un examen físico anual.
Servicios auditivos	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes auditivos anuales. El 25 % del costo para cada examen de equilibrio y de audición básico cubierto por Medicare realizado por un especialista, audiólogo u otro proveedor que no sea un médico de atención primaria.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes auditivos anuales. El 30 % del costo para cada examen de equilibrio y de audición básico cubierto por Medicare realizado por un especialista, audiólogo u otro proveedor que no sea un médico de atención primaria.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Examen de detección del VIH	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes de detección del VIH cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes de detección del VIH cubiertos por Medicare.
Atención por parte de una agencia de servicios médicos domiciliarios	Fuera de la red El 25 % del costo para cada visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para cada visita de atención médica domiciliaria cubierta por Medicare.
Vacunas	Fuera de la red El 25 % del costo para la vacuna contra la gripe, hepatitis, neumonía y otras vacunas y su administración cubiertas por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para la vacuna contra la gripe, hepatitis, neumonía y otras vacunas y su administración cubiertas por Medicare.
Cuidado agudo a largo plazo	Dentro de la red Para cada hospitalización cubierta por Medicare: Días 1 a 5: Copago de \$250.00 por día Días 6 a 90: copago de \$0.00 por día.	Dentro de la red El Cuidado agudo a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC) solo es un beneficio cubierto cuando se encuentra dentro de la red. La LTAC será de la siguiente manera, dentro de la red: Copago de \$250.00 por día, del día 1 al 5, y copago de \$0.00 por día, del día 6 al 60, por ingreso a LTAC para los primeros 60 días. Se exime de este copago si la internación en una LTAC es una transferencia desde un entorno de cuidado agudo del paciente internado. 90 días de hospitalización en un LTAC médicamente necesaria para cada período de beneficios, que incluye días de atención aguda en hospital para pacientes internados

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		médicamente necesaria, el período de beneficios, según lo define la Parte B de Medicare y hasta 60 día de reserva vitalicia hasta un máximo de 150 días. Copago de \$283 por día para los días 61 al 90 por período de beneficios; \$566 por día de reserva vitalicia.
Terapia de nutrición médica	<p>Dentro de la red No disponibles</p> <p>Fuera de la red El 25 % del costo para la terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p> <p>No disponibles</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0.00 por terapia de nutrición médica complementaria.</p> <p>Fuera de la red El 30 % del costo para la terapia de nutrición médica cubierta por Medicare.</p> <p>30 % del costo por terapia de nutrición médica complementaria.</p>
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)	<p>Dentro de la red No disponibles</p> <p>Fuera de la red No disponibles</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$0.00 por el beneficio del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) cubierto por Medicare.</p> <p>Fuera de la red 30 % del costo por el beneficio del MDPP cubierto por Medicare.</p>
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para medicamentos cubiertos por</p>	<p>Fuera de la red El 30 % del costo para medicamentos cubiertos por</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>la Parte B, que tienen la cobertura de la Parte B de Medicare (Medicare Original).</p> <p>El 25 % del costo para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B.</p>	<p>la Parte B, que tienen la cobertura de la Parte B de Medicare (Medicare Original).</p> <p>El 30 % del costo para medicamentos de quimioterapia cubiertos por la Parte B.</p>
Examen de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida	<p>Fuera de la red</p> <p>El 25 % del costo para asesoramiento conductual cubierto por Medicare para promover una pérdida de peso sostenida.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 30 % del costo para asesoramiento conductual para promover la pérdida de peso sostenida cubierto por Medicare.</p>
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	<p>Fuera de la red</p> <p>El 25 % del costo para servicios hematológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo de los procedimientos y las pruebas de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo de los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>El 25% del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo para suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo de los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red</p> <p>El 30 % del costo para servicios hematológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30 % del costo de los procedimientos y las pruebas de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30 % del costo de los servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>El 30% del costo para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30 % del costo para suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>El 30 % del costo de los servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	El 25 % del costo para radiografías cubiertas por Medicare.	30 % del costo para radiografías cubiertas por Medicare.
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare que no sea brindada por un médico.</p> <p>El 25% del costo para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare brindada por un profesional que no es un médico.</p> <p>El 25 % del costo para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red 30 % del costo para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare que sea brindada por una persona que no sea médico.</p> <p>El 30 % del costo para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare que sea brindada por una persona que no sea médico.</p> <p>El 30 % del costo para cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>El 30 % del costo para cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación de pacientes ambulatorios	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>El 25% del costo para cada visita de fisioterapia y/o de terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red El 30% del costo para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>El 30% del costo para cada visita de fisioterapia y/o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para visitas de terapia individual cubiertas por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red El 30% del costo para visitas de terapia individual cubiertas por Medicare.</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	El 25% del costo para visitas de terapia grupal cubiertas por Medicare.	El 30 % del costo para visitas de terapia grupal cubiertas por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria	<p>Dentro de la red Copago de \$75.00 para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$150.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red El 25 % del costo para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>El 25 % del costo para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red Copago de \$150.00 para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$200.00 para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p> <p>Fuera de la red El 30 % del costo para cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>El 30% del costo para cada visita a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
Servicios de hospitalización parcial	Fuera de la red El 25 % del costo para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios de podología	Fuera de la red 25% del costo para cada visita cubierta por Medicare.	Fuera de la red 30% del costo para cada visita cubierta por Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata	Fuera de la red El 25 % del costo para exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30 % del costo para exámenes de detección de cáncer de próstata cubiertos por Medicare.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Dispositivos protésicos y suministros relacionados	Fuera de la red El 25 % del costo para cada dispositivo o suministro protésico u ortótico cubierto por Medicare, incluida la reparación o sustitución de dichos dispositivos y suministros, que incluye nutrición parenteral/enteral.	Fuera de la red El 30 % del costo para cada dispositivo o suministro protésico u ortótico cubierto por Medicare, incluida la reparación o sustitución de dichos dispositivos y suministros, que incluye nutrición parenteral/enteral.
Servicios de rehabilitación pulmonar	Fuera de la red El 25% del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	Fuera de la red El 30% del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Examen y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol	Fuera de la red El 25 % del costo para examen y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.	Fuera de la red El 30 % del costo para examen y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el abuso de alcohol.
Examen de detección del cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT).	Fuera de la red 25 % del costo por asesoramiento y para la visita de toma de decisiones compartidas cubiertos por Medicare o para la LDCT.	Fuera de la red 30 % del costo por asesoramiento y para la visita de toma de decisiones compartidas cubiertos por Medicare o para la LDCT.
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS	Fuera de la red El 25 % del costo para el examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento para prevenir las ITS.	Fuera de la red El 30 % del costo para el examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el asesoramiento para prevenir las ITS.
Servicios para tratar la enfermedad renal y la enfermedad renal en etapa terminal	Fuera de la red El 25 % del costo para tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para	Fuera de la red El 30 % del costo para tratamientos de diálisis renal cubiertos por Medicare para

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>pacientes ambulatorios y para tratamientos de diálisis en el entorno del hogar.</p> <p>El 25 % del costo para servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p>	<p>pacientes ambulatorios y para tratamientos de diálisis en el entorno del hogar.</p> <p>El 30 % del costo para servicios de educación sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p>
Centro de enfermería especializada	<p>Dentro de la red De 1 a 20 días: Copago de \$0.00 por día. Días 21 a 100: copago de \$100.00 por día.</p> <p>Fuera de la red De 1 a 20 días: Copago de \$0.00 por día. Días 21 a 100: copago de \$150.00 por día.</p>	<p>Dentro de la red De 1 a 20 días: Copago de \$0.00 por día. Días 21 a 100: copago de \$150.00 por día.</p> <p>Fuera de la red De 1 a 20 días: Copago de \$0.00 por día. Días 21 a 100: copago de \$200.00 por día.</p>
Cese del uso de tabaco y del hábito de fumar	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para los servicios de asesoramiento para dejar de fumar, cubiertos por Medicare.</p>	<p>Fuera de la red El 30 % del costo para los servicios de asesoramiento para dejar de fumar, cubiertos por Medicare.</p>
Atención de la visión	<p>Fuera de la red El 25 % del costo para un par de anteojos o lentes de</p>	<p>Fuera de la red El 30 % del costo para un par de anteojos o lentes de</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	contacto después de una cirugía de cataratas.	contacto después de una cirugía de cataratas.
	El 25 % del costo para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.	El 30 % del costo para exámenes de la vista cubiertos por Medicare.
	El 25% del costo para un examen de la vista de rutina al año (refracciones).	El 30% del costo para un examen de la vista de rutina al año (refracciones).
	El 25 % del costo para exámenes de detección de glaucoma cubiertos por Medicare.	El 30 % del costo para examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare.
Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”	Fuera de la red El 25 % del costo para este servicio preventivo.	Fuera de la red El 30 % del costo para este servicio preventivo.

Sección 1.6 – Modificaciones en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Modificaciones en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra Lista de medicamentos en este sobre.

Realizamos modificaciones en nuestra Lista de medicamentos, incluidas las modificaciones en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Consulte la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el año próximo y para saber si existirá alguna restricción.**

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete medicamentos) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Recomendamos a nuestros miembros actuales** que soliciten una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener información sobre qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios a los Miembros.

- **Trabajar con su médico (o persona que recete) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a Member Services para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunos casos, debemos cubrir un suministro temporal **por única vez** de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días desde que se hizo miembro del plan para evitar una interrupción de la terapia. (Para obtener más información acerca de cuándo puede obtener un suministro temporal y de cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el tiempo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan, o solicitarle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

Si recibe una excepción al Formulario en 2017, según el medicamento, es posible que la mayoría de las excepciones al Formulario se concedan por un mínimo de 1 año a partir de la fecha en que la excepción al Formulario fue aprobada originalmente.

Modificaciones en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted se encuentra en un programa que le ayuda a pagar los medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información sobre los costos para los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Hemos incluido un folleto por separado denominado “Cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados” (también llamado “Cláusula de subsidio para personas de bajos ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o la “Cláusula LIS”) que le brinda información sobre su costo de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 1 de octubre de 2017, comuníquese con Servicios a los Miembros y solicite la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Member Services se encuentran en la Sección 7.1 de este libro.

Existen cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

La información que se incluye a continuación muestra las modificaciones para el próximo año realizadas en las dos primeras etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situación catastrófica. Para obtener información sobre los montos que paga en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* adjunta).

Modificaciones en la Etapa de deducible

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.

Modificaciones en el monto de participación en los costos durante la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de costos de bolsillo que posiblemente deba pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga la suya.</p> <p>Los costos en este nivel son por un suministro para un mes (30 días) cuando adquiere sus medicamentos recetados en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos para un suministro a largo plazo o para medicamentos de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para determinar si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>El monto que paga por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Participación de costos estándar: Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$0.00.</p> <p>Nivel 2: Participación de costos estándar: Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$5.00.</p> <p>Nivel 3: Participación de costos estándar: Usted paga \$45.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$35.00.</p> <p>Nivel 4: Participación de costos estándar: Usted paga \$85.00 por receta.</p>	<p>El monto que paga por un suministro para un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Nivel 1: Participación de costos estándar: Usted paga \$5.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$0.00.</p> <p>Nivel 2: Participación de costos estándar: Usted paga \$10.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$5.00.</p> <p>Nivel 3: Participación de costos estándar: Usted paga \$45.00 por receta.</p> <p>Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$35.00.</p> <p>Nivel 4: Participación de costos estándar: Usted paga \$85.00 por receta.</p>

Etapa	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$75.00.	Participación de costos preferida: Usted paga: Por receta \$75.00.
	Nivel 5: Participación de costos estándar: Usted paga 33 % por receta	Nivel 5: Participación de costos estándar: Usted paga 33 % por receta
	Participación de costos preferida: Usted paga: 33 % por receta.	Participación de costos preferida: Usted paga: 33 % por receta.
	Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,700, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).	Cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado \$3,750, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de período sin cobertura).

Modificaciones a la Etapa de período sin cobertura y a la Etapa de cobertura en situación catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa de período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situación catastrófica) son para personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de período sin cobertura ni la Etapa de cobertura en situación catastrófica.** Para obtener información sobre los montos que paga en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Dental	Servicios odontológicos integrales de hasta \$500 por año de beneficios, que incluyen servicios restauradores (empastes), endodoncia (tratamiento de conducto), periodoncia (raspado y alisado radicular y desbridamiento de toda la boca) y prostodoncia tras extracciones (prótesis dentales).	Servicios odontológicos integrales de hasta \$500 por año de beneficios, que incluyen servicios restauradores (empastes), periodoncia (raspado y alisado radicular y desbridamiento de toda la boca) y extracciones.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
Vacunas	<p>Una vacuna se debe considerar como un medicamento de la Parte B de Medicare a fin de estar cubierta por este beneficio. Algunas vacunas, como la vacuna contra la culebrilla, se consideran medicamentos de la Parte D y no están cubiertas por este beneficio.</p> <p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos correspondiente para los servicios prestados durante esa visita.</p>	<p>Una vacuna se debe considerar como un medicamento de la Parte B de Medicare a fin de estar cubierta por este beneficio. Algunas vacunas y su administración, como la vacuna contra la culebrilla, se consideran medicamentos de la Parte D y no están cubiertas por este beneficio.</p> <p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos correspondiente para los servicios prestados durante esa visita.</p>
Atención hospitalaria para pacientes internados	<p>La participación en los costos se aplica a partir del primer día de admisión y no incluye el día que le den de alta. Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de participación en los costos dentro de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado. Si se interna en un hospital fuera de la red, su internación será cubierta pero</p>	<p>La participación en los costos se aplica a partir del primer día de admisión y no incluye el día que le den de alta.</p> <p>Si usted recibe atención como paciente internado con autorización en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia ha sido estabilizada, su costo es la participación en los costos que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después que su afección de emergencia se haya estabilizado, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de participación en los costos dentro de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado. Si se interna en un hospital fuera de la</p>

2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>deberá pagar el monto de participación en los costos fuera de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado.</p>	<p>red, su internación será cubierta pero deberá pagar el monto de participación en los costos fuera de la red para la parte de su internación una vez que se haya estabilizado.</p> <p>Las estadías a largo plazo de pacientes en un centro de cuidado agudo están cubiertas de acuerdo con la sección sobre beneficios de cuidado agudo a largo plazo que se incluye en este capítulo.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención hospitalaria para pacientes internados, la participación en los costos descrita anteriormente se aplica cada vez que se lo admite en el hospital. La transferencia a otro centro (por ejemplo, un hospital de rehabilitación de internación aguda o cualquier otro hospital de cuidado agudo) se considerará una nueva admisión.</p>
<p>Cuidado agudo a largo plazo Este beneficio estaba cubierto como parte del beneficio de atención hospitalaria para pacientes internados y tenía la misma participación en los costos y los mismos límites.</p>	<p>Este beneficio se cubre aparte de la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>El Cuidado agudo a largo plazo (Long Term Acute Care, LTAC) solo es un beneficio cubierto cuando se encuentra dentro de la red. La LTAC será de la siguiente manera, dentro de la red:</p> <p>Copago de \$250.00 por día, del día 1 al 5, y copago de \$0.00 por día, del día 6 al 60, por ingreso a LTAC para los primeros 60 días. Se exime de este copago si la internación en una LTAC es una transferencia desde un</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
		<p>entorno de cuidado agudo del paciente internado. 90 días de hospitalización en un LTAC médicamente necesaria para cada período de beneficios, que incluye días de atención aguda en hospital para pacientes internados médicamente necesaria, el período de beneficios, según lo define la Parte B de Medicare y hasta 60 día de reserva vitalicia hasta un máximo de 150 días. Copago de \$283 por día para los días 61 al 90 por período de beneficios; \$566 por día de reserva vitalicia.</p>
<p>Terapia de nutrición médica</p>	<p>La terapia de nutrición médica cubierta por Medicare se limita a 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare y 2 horas cada año en adelante para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón.</p>	<p>La terapia de nutrición médica cubierta por Medicare se limita a 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante su primer año en que recibe servicios de terapia nutricional médica a través de Medicare y 2 horas cada año en adelante para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón. Como beneficio complementario, el plan cubre</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 hora adicional de asesoramiento individual para miembros con diabetes, enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) o después de un trasplante de riñón. • 3 horas de asesoramiento individual para miembros que tengan la necesidad médica de recibir terapia de nutrición médica.

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p>	<p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los servicios incluyen servicios quirúrgicos, servicios quirúrgicos menores, cateterismos cardíacos, servicios relacionados con la oncología, terapias de infusión, servicios respiratorios y otros procedimientos terapéuticos realizados en un centro para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si lo ingresan en el nivel de atención aguda para pacientes internados luego de una cirugía para pacientes ambulatorios, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Si lo ingresan a observación después de una cirugía para pacientes ambulatorios o desde un centro de cirugía ambulatoria, usted paga el copago aplicable por los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o los servicios quirúrgicos ambulatorios y el coseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Se aplica un coseguro adicional para medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Los servicios incluyen servicios quirúrgicos, servicios quirúrgicos menores, cateterismos cardíacos, servicios relacionados con la oncología, cuidado de heridas, terapias con infusiones, servicios respiratorios y otros procedimientos terapéuticos realizados en un centro ambulatorio.</p> <p>Si lo ingresan en el nivel de atención aguda para pacientes internados luego de una cirugía para pacientes ambulatorios, quedará eximido de la participación en los costos mencionada y se aplicará la participación en los costos para atención hospitalaria para pacientes internados.</p> <p>Si lo ingresan a observación después de una cirugía para pacientes ambulatorios o desde un centro de cirugía ambulatoria, usted paga el copago aplicable por los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o los servicios quirúrgicos ambulatorios y el coseguro para los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p> <p>Si recibe servicios en el consultorio del médico pero este es propiedad de un hospital y se lo considera un departamento del hospital para pacientes ambulatorios, se aplicará la participación en los costos para la cirugía ambulatoria.</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>Servicios de médicos/enfermeros, incluidas las visitas al consultorio del médico.</p>	<p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, además de la participación en los costos mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipo médico duradero y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, anteojos y lentes de contacto después de cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>Los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista están cubiertos en virtud del Beneficio de quiropraxia y asumirán la participación en los costos quiroprácticos, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de podología cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista están cubiertos en virtud del Beneficio de podología y asumirán la participación en los costos de podología, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda,</p>	<p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, además de la participación en los costos mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipo médico duradero y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, anteojos y lentes de contacto después de cirugía de cataratas, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p> <p>Si la práctica de su médico es propiedad de un sistema hospitalario, es posible que esta se considere un departamento para pacientes ambulatorios del hospital y la participación en los costos por su servicio puede estar incluida en la sección sobre los beneficios “Cirugía y servicios para pacientes ambulatorios realizados en un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria”. Consulte esa sección para obtener información sobre la participación en los costos correspondiente.</p> <p>Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>Los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare brindados por un PCP o un especialista están</p>

2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>están cubiertos por el beneficio de rehabilitación para pacientes ambulatorios y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios de rehabilitación pulmonar/cardíaca cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación pulmonar/cardíaca y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación pulmonar/cardíaca.</p>	<p>cubiertos en virtud del Beneficio de quiropraxia y asumirán la participación en los costos quiroprácticos, cuando corresponda.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación para pacientes ambulatorios y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Los servicios de rehabilitación pulmonar/cardíaca cubiertos por Medicare que proporcione un PCP o especialista, cuando corresponda, están cubiertos por el beneficio de rehabilitación pulmonar/cardíaca y se harán cargo de la participación en los costos para rehabilitación pulmonar/cardíaca.</p>
<p>Podiatría</p> <p>Se aplicará la participación en los costos para servicios de podología a los servicios de podología cubiertos por Medicare que proporcione un podólogo, un PCP u otro especialista, conforme sea adecuado.</p> <p>Tanto para los beneficios dentro como fuera la red, además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios,</p>	<p>Tanto para los beneficios dentro como fuera la red, además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare para equipos médicos duraderos y suministros, dispositivos protésicos y suministros, pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y medicamentos recetados de la Parte B, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p>

	2017 (este año)	2018 (próximo año)
	<p>medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, y medicamentos recetados de la Parte B, según se describe en este Cuadro de beneficios.</p>	
<p>Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales</p>	<p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, la diálisis domiciliaria asistida por personal mediante enfermeras que asistan a beneficiarios con ESRD no está incluida en el sistema de pago prospectivo de la ESRD y no es un servicio cubierto por Medicare.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>	<p>Para los beneficios tanto dentro como fuera de la red, la diálisis domiciliaria asistida por personal mediante enfermeras que asistan a beneficiarios con ESRD no está incluida en el sistema de pago prospectivo de la ESRD y no es un servicio cubierto por Medicare. Consulte la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” para obtener información sobre la participación en los costos correspondiente para los tratamientos de diálisis de pacientes internados.</p> <p>Si su médico le realiza procedimientos quirúrgicos o de diagnóstico adicionales, o si se proporcionan otros servicios médicos para otras afecciones médicas en la misma visita, se aplica la participación en los costos adecuada para los servicios prestados durante esa visita.</p>
<p>Atención de la visión</p>	<p>Tanto para los beneficios dentro como fuera de la red, la participación en los costos del centro de atención y/o el especialista se aplicará a otros servicios realizados, inclusive los servicios quirúrgicos.</p> <p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos,</p>	<p>Los beneficios cubiertos por Medicare están limitados a las visitas al consultorio y las pruebas oftalmológicas no radiológicas.</p> <p>Tanto para los beneficios dentro como fuera de la red, la participación en los costos del centro de atención y/o el especialista se aplicará a otros servicios realizados, inclusive los servicios quirúrgicos.</p>

2017 (este año)	2018 (próximo año)
<p>medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios. Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p>	<p>Además de la participación en los costos antes mencionada, habrá un copago y/o coseguro para pruebas de diagnóstico y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios, medicamentos recetados de la Parte D y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, según se describe en este Cuadro de beneficios. Para obtener información detallada sobre otros servicios de médicos no enumerados aquí, consulte la sección correspondiente de este Cuadro de beneficios.</p> <p>El ajuste de gafas y lentes de contacto está cubierto por el beneficio de accesorios ópticos y está sujeto a las mismas restricciones de diagnóstico.</p> <p>La cirugía de cataratas con láser y la cirugía de la vista con láser no son servicios cubiertos.</p>
<p>Cobertura de emergencia mundial</p> <p>El coseguro no se exime de la cobertura mundial si lo ingresan al hospital.</p> <p>La participación en los costos de la cobertura de emergencia mundial no se aplica a sus límites de monto máximo de bolsillo. Este plan ofrece cobertura mundial de atención de emergencia, que generalmente no está cubierta por Medicare. Este beneficio incluye la atención de emergencia según se describe anteriormente hasta que se encuentre médicamente estabilizado para el transporte o el alta hospitalaria hasta un máximo de \$20,000 o 60 días por año calendario.</p>	<p>El coseguro no se exime de la cobertura mundial si lo ingresan al hospital.</p> <p>La participación en los costos de la cobertura de emergencia mundial no se aplica a sus límites de monto máximo de bolsillo.</p> <p>Este plan ofrece cobertura mundial de atención de emergencia, que generalmente no está cubierta por Medicare. Este beneficio incluye la atención de emergencia según se describe anteriormente hasta que se encuentre médicamente estabilizado para el transporte o el alta hospitalaria hasta un máximo de</p>

2017 (este año)	2018 (próximo año)
	\$20,000 o 60 días por año calendario. No incluye cobertura a nivel mundial para atención urgente.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea permanecer en Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente quedará inscrito como miembro de nuestro plan para 2018.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2018, siga estos pasos:

Paso 1: Infórmese sobre sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O bien*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y usted 2018*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si utiliza el Medicare Plan Finder en el sitio web de Medicare. Ingrese en <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí podrá encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Le recordamos que *American Progressive Life & Health Insurance Company of New York, Inc.* ofrece otros planes de salud de Medicare Y planes de medicamentos recetados de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de participación en los costos.

Paso 2: Modifique su cobertura

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscribese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*.

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe optar por lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud escrita para darle de baja. Comuníquese con Member Services si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este libro).
 - *O bien*, comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitarnos su baja. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare el año próximo, puede hacerlo entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre**. La modificación tendrá vigencia a partir del 1 de enero de 2018.

¿Es posible realizar modificaciones en otro momento del año?

En ciertas situaciones, se permite realizar modificaciones en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que cuentan con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen o están abandonando la cobertura del empleador, y quienes se muden fuera del área de servicio tienen permitido efectuar una modificación en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2018 y no está conforme con su elección de plan, puede cambiarse a Original Medicare entre el 1.º de enero y el 14 de febrero de 2018. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** de seguro de salud local a las personas con Medicare. Los asesores del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare y pueden responder preguntas sobre el cambio

de planes. El nombre, el número de teléfono y el sitio web del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud en su estado se encuentran en el Apéndice A de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Usted puede reunir los requisitos para obtener ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación encontrará una lista con los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir “Ayuda adicional” para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría cubrir hasta el 75% o un porcentaje superior del costo de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales por medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que reúnen los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una sanción por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si reúne los requisitos, comuníquese con:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La Social Security Office al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7 a. m. y las 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes), o a
 - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa estatal de asistencia farmacéutica.** Su estado tiene un programa denominado Programa estatal de asistencia farmacéutica que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en el Apéndice A de su *Evidencia de cobertura*).
- **Asistencia de participación en los costos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y de estado de VIH, bajos ingresos según los defina el estado y la persona no debe estar asegurada o debe tener un seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también cubre ADAP califican para la asistencia de participación en los costos de los medicamentos recetados a través del ADAP específico de su estado (el nombre y los números de teléfono de esta organización están ubicados en el Apéndice A de su *Evidencia de cobertura*).

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 –Cómo obtener ayuda de Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios a los Miembros al (866) 422-5009. (Los usuarios de TTY solamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura de 2018* (allí encontrará detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Esta *Notificación anual de modificaciones* le ofrece un resumen de las modificaciones que se realizarán en sus beneficios y costos para el año 2018. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2018* para *Today's Options Advantage Plus 450A (PPO)*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener cobertura de servicios y medicamentos recetados. Se incluye en este sobre una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web: www.TodaysOptionsPPO.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 –Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área si utiliza el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea Medicare y usted 2018

Puede leer el manual *Medicare y usted 2018*. Este cuadernillo se envía por correo anualmente, en otoño, a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este libro, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>), o bien, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Discrimination is Against the Law

TexanPlus® HMO, TexanPlus® HMO-POS, TexanPlus® HMO-SNP, Today's Options® PFFS, Today's Options® PPO, and Today's Options® HMO hereinafter, the Plan) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Your Plan Name, P.O. Box 18200, Austin, TX 78760-8200, c/o Appeals and Grievances, 1-866-422-1690 (TTY users call 711), Fax: 1-800-817-3516, Email: AGMailbox@UniversalAmerican.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

English:

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-736-7442 (TTY: 711)。

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-736-7442 (телетайп: 711).

French:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-736-7442 (ATS: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-736-7442 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-736-7442 (رقم هاتف الصم والبكم :711).

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Yiddish:

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Bengali:

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরষবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৮৮-৭৩৬-৭৪৪২ (TTY: 711)।

Urdu:

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Greek:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Albanian:

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-736-7442 (TTY: 711) पर कॉल करें।

