



**Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) es ofrecido por COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC.**

## Aviso anual de cambios para 2024

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

### 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 en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
  - Piense cuánto pagará por las primas, los deducibles y el costo compartido.
- Verifique los cambios en la “Lista de medicamentos” para 2024 para asegurarse de que los medicamentos que actualmente toma están cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está conforme con nuestro plan.

#### 2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el 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 parte posterior de su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted para 2024).
- Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme los costos y la 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 en Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).
- Para **cambiar a un plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción con Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2.2 en la página [12](#) para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución, si ahora vive en una institución, o si acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin cargo en inglés This document is available for free in English.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.
- **La cobertura de este plan reúne los requisitos de cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

**Acerca de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**

- Aetna Medicare es un plan HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (DSNP) también tienen contratos con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).

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

### **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024</b> .....	<b>4</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año</b> .....	<b>5</b>
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual.....	<b>5</b>
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo.....	<b>5</b>
Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias.....	<b>5</b>
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....	<b>7</b>
Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	<b>10</b>
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>12</b>
Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).....	<b>12</b>
Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan.....	<b>12</b>
<b>SECCIÓN 3 Cambiar de plan</b> .....	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid</b> .....	<b>13</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta</b> .....	<b>14</b>
<b>SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?</b> .....	<b>15</b>
Sección 6.1 Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).....	<b>15</b>
Sección 6.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	<b>15</b>
Sección 6.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	<b>15</b>

## Resumen de costos importantes para 2024

La tabla a continuación compara los costos para 2023 y 2024 de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) en varias áreas importantes.

**Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Es posible que su prima sea mayor que este monto. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$0	\$0
<b>Deducible</b>	\$0	\$0
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta  Consultas a un especialista: Copago de \$0 por visita	Consultas de atención primaria: Copago de \$0 por consulta  Consultas a un especialista: Copago de \$0 por visita
<b>Hospitalizaciones de pacientes internados</b>	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización
<b>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles).	Deducible: \$0  Copago durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), \$0 por medicamento con receta.  Para todos los demás medicamentos, \$0 por medicamento con receta.	Deducible: \$0  Copago durante la etapa de cobertura inicial: Para los medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos), \$0 por medicamento con receta.  Para todos los demás medicamentos, \$0 por medicamento con receta.
<b>Montos máximos que paga de su bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$8,300  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,850  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año****Sección 1.1 Cambios en la prima mensual**

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año.

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b>  Usted no es responsable del pago de ningún costo de bolsillo en relación con el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Los costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$8,300	\$8,850  Una vez que haya pagado \$8,850 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos durante el resto del año calendario.

**Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias**

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o las farmacias o para solicitar que le enviemos un directorio por correo, que enviaremos en tres días hábiles.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2024 para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias de 2024* para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en el medio del año de nuestros proveedores le afecta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

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

Tenga en cuenta que el *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios y los costos de Medicare.

Estamos haciendo cambios en los costos y los beneficios para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Glucómetros de monitoreo continuo</b>	Los glucómetros de monitoreo continuo deben obtenerse de un proveedor del equipo médico duradero (DME) dentro de la red.	<p>Todas las marcas de glucómetros de monitoreo continuo y los suministros pueden obtenerse de un proveedor del DME dentro de la red.</p> <p>Los suministros y los glucómetros de monitoreo continuo de marca Dexcom y FreeStyle Libre estarán disponibles en farmacias dentro de la red, además de proveedores del DME dentro de la red.</p> <p>Su proveedor deberá escribir un medicamento con receta para su monitor y suministros ya sea que elija usar un proveedor del DME o una farmacia.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios dentales (adicional)</b>	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales: El plan paga hasta \$2,000 por año para los servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare y los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare combinados.</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales: Copago de \$0</li> <li>• Limpiezas: Copago de \$0</li> <li>• Tratamientos con flúor: Copago de \$0</li> <li>• Radiografías de aleta de mordida: Copago de \$0</li> </ul> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de diagnóstico: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de restauración: Copago de \$0</li> <li>• Endodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Periodoncia: Copago de \$0</li> <li>• Extracciones: Copago de \$0</li> <li>• Servicios de prostodoncia y maxilofaciales: Copago de \$0</li> </ul>	<p>Beneficio máximo para los servicios dentales adicionales: El plan paga hasta \$3,000 por año para los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare.</p> <p>DentaQuest proporciona los servicios dentales no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios que no son de rutina: copago de \$0</li> <li>• Servicios de diagnóstico: copago de \$0</li> <li>• Servicios de restauración: copago de \$0</li> <li>• Endodoncia: copago de \$0</li> <li>• Periodoncia: copago de \$0</li> <li>• Prostodoncia y maxilofaciales: copago de \$0</li> </ul> <p>Cobertura adicional disponible a través de sus beneficios de Medicaid. Revise el programa de beneficios de la Evidencia de cobertura para ver los detalles de los servicios dentales cubiertos.</p>



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Tarjeta de beneficios adicionales</b></p>	<p>Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para pagar sus gastos diarios. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y la calificación para elegibilidad.</p> <p><b>Monto de billetera de apoyo adicional</b> Monto del beneficio (asignación) <u>trimestral</u> de \$500 para pagar cualquiera de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables que incluye carne, productos y lácteos.</li> <li>• Productos de venta libre (OTC), incluidos productos de salud y bienestar como medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y pruebas de COVID-19</li> <li>• Servicios de transporte, incluidos gas, transporte público y servicios de viajes compartidos</li> <li>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, teléfono y servicio de Internet</li> </ul> <p>Los montos que no se usen no se acumularán en el siguiente trimestre.</p>	<p>Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para pagar sus gastos diarios. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y la calificación para elegibilidad.</p> <p><b>Monto de billetera de apoyo adicional</b> Monto del beneficio (asignación) <u>mensual</u> de \$300 para pagar cualquiera de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables que incluye carne, productos y lácteos.</li> <li>• Productos de venta libre (OTC), incluidos productos de salud y bienestar como medicamentos para las alergias, analgésicos, suministros de primeros auxilios y pruebas de COVID-19</li> <li>• Servicios de transporte, incluidos gas, transporte público y servicios de viajes compartidos</li> <li>• Servicios públicos, incluidos gas, electricidad, teléfono y servicio de Internet</li> <li>• Productos de atención personal, incluidos toallas de papel, champú y jabón</li> <li>• Suministros para mascotas, incluidos alimentos, juguetes y suministros de peluquería</li> <li>• Asistencia con el alquiler o la hipoteca</li> </ul> <p>Los montos que no se usen no se acumularán para el próximo mes.</p>
<p><b>Anteojos: Receta (no cubiertos por Medicare)</b></p>	<p>Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: El plan paga hasta \$300 por año para anteojos recetados no cubiertos por Medicare.</p> <p>VSP proporciona los servicios de anteojos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>	<p>Beneficio máximo para anteojos no cubiertos por Medicare: El plan paga hasta \$475 por año para anteojos recetados no cubiertos por Medicare.</p> <p>VSP proporciona los servicios de anteojos no cubiertos por Medicare. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales)</b></p>	<p>Los servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales) <u>no</u> están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (consultas ilimitadas por año).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Enfermedades cubiertas para los servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales)</b>	Los servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales) <u>no</u> están cubiertos.	El beneficio de los servicios de tratamiento médico nutricional (adicionales) incluye cobertura de lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades cubiertas por Medicare</li> <li>• Enfermedades no cubiertas por Medicare</li> </ul>
<b>Pelucas</b>	Las pelucas <u>no</u> están cubiertas.	El plan paga hasta \$400 por año para las pelucas cubiertas relacionadas con la pérdida de cabello por quimioterapia.

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

**Cambios en nuestra “Lista de medicamentos”**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra “Lista de medicamentos” por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos o cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar inmediatamente los medicamentos considerados peligrosos por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) o que son retirados del mercado por un fabricante de productos. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista más actualizada de medicamentos.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta al principio del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de la *Evidencia de cobertura* y consulte con su médico para saber qué opciones puede encontrar, por ejemplo, un suministro temporal, la aplicación de una excepción o un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información.

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

**Nota:** Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica a su caso.** 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 conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS),

que le informa sobre los costos para sus medicamentos. Debido a que recibe “Ayuda adicional”, si no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite la Cláusula adicional LIS.

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: La etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanza las otras dos etapas: La Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

**Cambios en el beneficio de la Parte D del diseño de seguro basado en valor (VBID)**

Debido a que usted reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, es elegible para los siguientes costos compartidos:

**Cambios en la etapa del deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.

**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> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte</b>. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de los medicamentos con receta de pedido por correo, consulte la Secciones 2.3 y 2.4 del Capítulo 5 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:  Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar:  Usted paga \$0 por los medicamentos cubiertos de la Parte D.</p>
<p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, usted pasará a la siguiente etapa (etapa del período sin cobertura).</p>

## Cambios en la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para las personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si alcanza la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2      Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1      Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-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, automáticamente quedará inscrito en nuestro plan Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP).

### Sección 2.2      Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan el año que viene, pero si desea cambiarse de plan durante 2024, siga estos pasos:

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

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

Para obtener más información acerca de Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y usted para 2024), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
  - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
  - *O BIEN*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y solicite cancelar su inscripción. Los usuarios de TTY deben

llamar al 1-877-486-2048.

Si se pasa a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya decidido no participar en la inscripción automática.

### SECCIÓN 3 Cambiar de plan

Si desea cambiarse 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, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas que tienen Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellas que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla y las personas que se trasladan fuera del área de servicio.

Debido a que tiene un plan de Cardinal Care, es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de inscripción especiales:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución, si ahora vive en una institución, o si acaba de salir de una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o puede cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

### SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden abordar las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiarse de plan. Puede llamar al SHIP al número de teléfono que figura debajo.

Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)	
VA	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP), dirección: 1610

<b>Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP)</b>	
	Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229, <b>teléfono:</b> 1-800-552-3402, <b>TTY:</b> 711, <b>horario de atención:</b> De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://vda.virginia.gov/vicap.htm">vda.virginia.gov/vicap.htm</a>

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medicaid, comuníquese con Medicaid. El nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Medicare.

<b>Oficina de Medicaid de su estado</b>	
<b>VA</b>	<b>Cardinal Care Virginia Medicaid, dirección:</b> 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), <b>TTY:</b> 1-888-221-1590, <b>horario de atención:</b> De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://dmas.virginia.gov/">dmas.virginia.gov/</a>

## **SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta**

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

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también conocida como Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga algunas de sus primas de los medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguros. Debido a que usted reúne los requisitos, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene alguna pregunta sobre la “Ayuda adicional”, llame:
  - 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 Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las de 08:00 a. m. y las 07:00 p. m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
  - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen un documento que demuestre que residen en el estado y su estado del VIH, prueba de ingresos bajos según lo definido por el estado y prueba de que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP de su estado.

<b>Programas estatales de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)</b>	
<b>VA</b>	<b>Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), dirección:</b> Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-362-0658, <b>TTY:</b> 711, <b>horario de atención:</b> de lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="http://vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/">vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/</a>

**SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?****Sección 6.1 Cómo obtener ayuda de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro (los usuarios de TTY deben llamar únicamente al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su Evidencia de cobertura para 2024 (tiene información sobre los beneficios y costos del 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 Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP) para 2024. 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 los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

**Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp). Como recordatorio, 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 6.2 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), 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**

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](https://www.medicare.gov)). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de Star Ratings para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite [www.medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

**Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted para 2024)***

Lea el manual *Medicare & You 2024 (Medicare y usted para 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 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.

**Sección 6.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid**

Para obtener información de Cardinal Care, puede llamar a Cardinal Care (el nombre y los números de

teléfono de esta organización figuran debajo).

<b>Oficina de Medicaid de su estado</b>	
<b>VA</b>	<b>Cardinal Care Virginia Medicaid, dirección:</b> 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, VA 23219, <b>teléfono:</b> 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), <b>TTY:</b> 1-888-221-1590, <b>horario de atención:</b> De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 07:00 p. m. y los sábados de 09:00 a. m. a 12:00 p. m., <b>sitio web:</b> <a href="https://dmas.virginia.gov/">dmas.virginia.gov/</a>



---

Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Para enviar un reclamo a Aetna, llame al plan o al número que aparece en su tarjeta de identificación de miembro. Para enviar un reclamo a Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Si su reclamo implica un corredor o agente, asegúrese de incluir el nombre de la persona cuando presente su queja.

En el caso del pedido por correo, puede solicitar que le envíen los medicamentos con receta a su casa a través del programa de entrega de pedidos por correo de la red. Por lo general, los medicamentos de pedido por correo llegan en un plazo de 10 días. Puede llamar al 1-855-463-0933, (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana, si no recibe sus medicamentos de pedido por correo en este plazo. Los miembros pueden tener la opción de registrarse para la entrega automática de pedido por correo.

La elegibilidad para los programas del beneficio modelo y recompensas e incentivos (RI) conforme al modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID) no se garantiza y la determinará Aetna después de la inscripción, según los criterios relevantes (por ejemplo, diagnósticos clínicos, criterios de elegibilidad, participación en un programa estatal de administración de enfermedades).

Cumplimos con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discriminamos por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tampoco excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web, o llame al número de teléfono que figura en este material o al teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, nuestro plan de salud ofrece ayudas y servicios auxiliares, gratuitos, cuando sean necesarios para garantizar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades de comunicarse de manera eficaz con nosotros. Nuestro plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este material o en su tarjeta de identificación de beneficios.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas (escriba a la dirección que figura en su Evidencia de cobertura). También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono del Departamento de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de identificación de beneficios (TTY: 711). Si necesita ayuda para interponer una queja, llame al Departamento de Servicio al Cliente al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de beneficios.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf).

**ESPAÑOL (SPANISH):** Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en este documento.

**傳統漢語(中文) (CHINESE):** 如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打本文件中所列的電話號碼。

# Cómo protegemos su privacidad

## ¿Qué es y qué no es la información personal?

Por “información personal”, hacemos referencia a la información que puede utilizarse para identificarle. Puede incluir información de salud y financiera. No incluye lo que el público puede ver fácilmente. Por ejemplo, cualquiera puede ver lo que cubre su plan.

## Cómo obtenemos información sobre usted

Obtenemos información sobre usted de muchas fuentes, incluido usted mismo. También obtenemos información de su empleador, de otras aseguradoras o de proveedores de atención médica como los médicos.

## En caso de información incorrecta

¿Cree que hay datos incorrectos o faltantes en su información personal? Puede pedirnos que lo cambiemos. La ley dice que debemos hacerlo en tiempo y forma. Si no estamos de acuerdo con su cambio, puede presentar una apelación. La información sobre cómo presentar una apelación se encuentra en nuestro sitio web para miembros. O puede llamar al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

## Cómo utilizamos esta información

Cuando la ley nos permite, utilizamos su información personal dentro y fuera de nuestra compañía. La ley indica que no necesitamos obtener su aprobación cuando lo hacemos. Podemos utilizarla para su atención médica o para gestionar nuestros planes. También podemos utilizar su información cuando pagamos reclamaciones o trabajamos con otras aseguradoras para pagarlas. Podemos utilizarla para tomar decisiones del plan, realizar auditorías o estudiar la calidad de nuestro trabajo. Esto significa que podemos compartir su información con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otros cuidadores. También podemos compartirla con otras aseguradoras, proveedores, oficinas gubernamentales o administradores externos. Pero por ley, todas estas partes deben mantener su privacidad.

## Cuándo necesitamos su permiso

En ocasiones, necesitamos su permiso para revelar información personal. Esto se explica en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad, que entró en vigencia el 10 de octubre de 2020. Este aviso aclara cómo utilizamos o revelamos su información médica protegida (PHI):

- Por cuestiones de compensación laboral
- Según lo exija la ley
- Acerca de personas que fallecieron
- En caso de donación de órganos
- Para cumplir con nuestras obligaciones de acceso individual, así como en cumplimiento y aplicación de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)

Para obtener una copia de este aviso, simplemente visite nuestro sitio web para miembros o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

## 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 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933。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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. 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 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त 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 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. 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 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. 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、1-855-463-0933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。




**Hawaiian:** He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001\_NR\_30475b\_2023\_C

Form CMS-10802  
(Expires 12/31/25)



## Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare Assure Premier (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros
<b>LLAME AL</b> 	1-855-463-0933 o al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación lingüística disponibles para las personas que no hablan inglés.
<b>TTY</b> 	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
<b>ESCRIBA A</b> 	Aetna Better Health of Virginia Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998

**SITIO WEB**



Ingrese en  
[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp) o  
escanee este código con su teléfono  
inteligente para visitar nuestro sitio web.

