



Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es ofrecido por AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ)

Aviso anual de cambios para 2023

Usted está actualmente inscrito como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los beneficios del plan. **Consulte la página 1 para obtener un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento describe los cambios en su plan. Para obtener más información sobre beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-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 para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en nuestra cobertura para medicamentos, incluidos los requisitos de autorización.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2023 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 o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023).
- 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 2022, permanecerá inscrito en Aetna Assure Premier Plus (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 2023**. Esto terminará su inscripción con Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Consulte la Sección 2.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Si se trasladó recientemente a una institución, vive actualmente allí o acaba de salir (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934. (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.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos.
- **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 para obtener más información.

Acerca de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan para necesidades especiales completamente integrado con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y el programa NJ FamilyCare (Medicaid). El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa NJ FamilyCare (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a AETNA BETTER HEALTH INC. (NJ). Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Los miembros deben usar los proveedores, las farmacias, los proveedores de equipo médico duradero (DME) del plan de la red y seguir las normas sobre remisiones.
- Se inscribirá a los miembros en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del plan y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otra cobertura de medicamentos con receta de Medicare Advantage o de la Parte D de Medicare.

Aviso anual de cambios para 2023

Índice

| | |
|---|----------|
| Resumen de costos importantes para 2023 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios para el próximo año | 2 |
| Sección 1.1 Cambios en la prima mensual..... | 2 |
| Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo..... | 2 |
| Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias..... | 2 |
| Sección 1.4 Cambios en los beneficios..... | 3 |
| Sección 1.5 Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 5 |
| SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir | 6 |
| Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)..... | 6 |
| Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan..... | 6 |
| SECCIÓN 3 Cambiar de plan | 6 |
| SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid | 7 |
| SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? | 7 |
| Sección 5.1 Cómo recibir ayuda de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)..... | 7 |
| Sección 5.2 Cómo obtener ayuda de Medicare..... | 8 |
| Sección 5.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid..... | 8 |

Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y 2023 para Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| Prima mensual del plan | \$0 | \$0 |
| Consultas en el consultorio del médico | 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 |
| Hospitalizaciones para pacientes internados | Copago de \$0 por hospitalización | Copago de \$0 por hospitalización |
| Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener más detalles). | Deducible: \$0 | Deducible: \$0 |
| Montos máximos que paga de su bolsillo 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). | \$0 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. | \$0 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 para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare 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.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Monto máximo que paga de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan este monto máximo de bolsillo. | \$0 | \$0 |

Sección 1.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-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 por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias para 2023 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.***

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias para 2023 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

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

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

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|---|
| <p>Tarjeta de beneficios adicionales</p> | <p>Recibirá una tarjeta de débito precargada en el correo con una asignación trimestral de \$150 que puede usarse para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables Healthy Foods <ul style="list-style-type: none"> ◦ El beneficio puede utilizarse para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en sucursales minoristas aprobadas, así como en línea. <p>Si le diagnostican una afección médica crónica, podría ser elegible para este beneficio. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.</p> <p>Solutran ofrece el beneficio.</p> | <p>Recibirá una tarjeta de débito precargada en el correo con una asignación trimestral de \$400 que puede usarse para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables Healthy Foods <ul style="list-style-type: none"> ◦ El beneficio puede utilizarse para comprar alimentos y productos saludables y nutritivos. Los productos aprobados pueden comprarse en sucursales minoristas aprobadas, así como en línea. <p>Nations ofrece el beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---------------------------------------|--|---|
| Prevención de caídas | <p>Los servicios de prevención de caídas <u>no</u> están cubiertos.</p> | <p>Nuestro plan le brinda una asignación anual de \$150 para la compra de determinados dispositivos de seguridad para el hogar y el baño clínicamente apropiados que pueden ayudarlo a controlar las disfunciones físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad por su hogar.</p> <p>Los productos cubiertos se enviarán directamente a su domicilio. Usted será responsable de la instalación y el montaje. Existe un límite de 3 pedidos por año, incluso si no ha superado la asignación anual.</p> <p>Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> |
| Productos de venta libre (OTC) | <p>El plan ofrece una asignación trimestral de \$315 para suministros y medicamentos de venta libre (OTC) que pueden pedirse a través de un catálogo o comprarse en tiendas CVS participantes.</p> <p>Visite el sitio web www.cvs.com/otchs/myorder e inicie sesión en su cuenta para ver el catálogo de productos de venta libre (OTC) disponibles para usted.</p> <p>OTC Health Solutions proporciona los productos de venta libre (OTC).</p> <p>El tratamiento de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierto.</p> | <p>Recibirá una tarjeta de débito precargada en el correo con una asignación trimestral de \$360 que pueden usarse para comprar productos de venta libre (OTC) cubiertos aprobados por el plan comprados a través del pedido por correo o en una tienda minorista participante.</p> <p>Para obtener una lista completa de los productos cubiertos, consulte el catálogo de OTC de Nations o puede buscar productos en línea o a través de la aplicación móvil de Nations. Los productos de venta libre (OTC) aprobados están relacionados con el bienestar y se permitirán para la compra minorista con su tarjeta de débito precargada en la línea de cajas si son productos aprobados por el plan.</p> <p>Nations proporciona los productos de venta libre (OTC).</p> <p>El tratamiento de reemplazo de nicotina (NRT) está cubierto.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|--|
| Servicios adicionales de telesalud | Servicios adicionales de telesalud para: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios educativos sobre enfermedad renal • Terapia ocupacional • Tratamiento del consumo de opioides • Abuso de sustancias para pacientes externos (terapia individual) • Abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales) <p><u>no</u> están cubiertos.</p> | Servicios adicionales de telesalud para: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes • Servicios educativos sobre enfermedad renal • Terapia ocupacional • Tratamiento del consumo de opioides • Abuso de sustancias para pacientes externos (terapia individual) • Abuso de sustancias para pacientes externos (sesiones grupales) <p>están cubiertos.</p> <p>Debe usar un proveedor de la red que ofrece servicios de telesalud. No todos los proveedores ofrecen estos servicios. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p> |

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 cubiertos (Formulario) por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

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 FDA o que fueron 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 8 de la *Evidencia de cobertura* y consulte con su médico para obtener información sobre sus opciones, como solicitar un suministro temporal, aplicar una excepción y/o trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para

obtener más información.

SECCIÓN 2 **Cómo decidir qué plan elegir**

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Aetna Assure Premier Plus (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 seguirá inscrito como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Sección 2.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2023, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- -- *O BIEN*, -- puede 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), lea el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 5.2).

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscribese en un plan nuevo. Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, tiene las siguientes posibilidades:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros (en la Sección 5.1 de este documento encontrará los números de teléfono).
 - *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 que se cancele 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 2023.

¿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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 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 2023.

Si se trasladó recientemente a una institución, vive actualmente allí o acaba de salir (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. En Nueva Jersey, el SHIP se denomina Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP).

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 1-800-792-8820. Puede obtener más información sobre el SHIP, visitando su sitio web (www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship).

Si tiene preguntas sobre los beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al número gratuito 1-800-701-0710 (TTY: 711). Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid).

Oficina de Medicaid del estado

NJ

Departamento de Servicios Sociales de Nueva Jersey, División de Asistencia Médica y Servicios de Salud: NJ Department of Human Services, Division of Medical Assistance and Health Services, PO Box 712, Trenton, NJ 08625-0712, 1-800-701-0710, TTY: 711, de lunes a viernes, de 09:00 a. m. a 05:00 p. m., state.nj.us/humanservices/dmahs/home/index.html

SECCIÓN 5

¿Tiene preguntas?

Sección 5.1

Cómo recibir ayuda de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 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 2023 (tiene información sobre los beneficios del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios para 2023. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* para 2023 de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-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/New-Jersey-hmosnp. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 5.2 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). Posee información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de Star Ratings para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para consultar la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023)

Puede leer el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y usted para 2023). 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 5.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de NJ FamilyCare (Medicaid), llame a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-701-0710 (TTY: 711).

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

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 en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, su 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. Su plan de salud también ofrece servicios de asistencia de idiomas, gratuitos, para las personas con dominio limitado del inglés. Si necesita estos servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Si considera que no le hemos proporcionado estos servicios o que se le discriminó de alguna manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el Departamento de Quejas por escrito a Appeals and Grievances, PO Box 818070, Cleveland, OH 44181. También puede presentar una queja por teléfono, llamando al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711). Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Además, puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 8 AM a 8 PM, los 7 días de la semana.

傳統漢語(中文) (CHINO): 傳統漢語(中文)如果您講英語以外的語言,則提供免費語言援助服務。請造訪我們的網站AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp或致電, 1-844-362-0934(TTY:711),上午8時至下午8時,每週7天

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Cómo protegemos su privacidad

¿Qué es y qué no es la información personal?

Por “información personal”, entendemos 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 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.



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

| Método | Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros |
|---|--|
| LLAME AL  | 1-844-362-0934 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos 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. |
| TTY  | 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. |
| ESCRIBA A  | Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998 |
| SITIO WEB  | AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp |

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-362-0934。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-362-0934。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-362-0934. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. سيقوم شخص ما بتحدث 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italiano vi 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 1-844-362-0934. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-362-0934. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-362-0934. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475a_2023_C