



CardinalCare

Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

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

Aviso anual de cambios para 2026

Usted está inscrito como miembro de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 2026)*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios y las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933**, (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible sin cargo en inglés. This material is available for free in English.
- Este material está disponible sin cargo en chino. 本資料免費提供中文版本。
- Este material está disponible sin cargo en tagalo. Magagamit nang libre ang materyal na ito sa wikang Tagalog.
- Este material está disponible sin cargo en francés. Ce matériel est disponible gratuitement en français.
- Este material está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Việt.
- Este material está disponible sin cargo en alemán. Dieses Material ist kostenlos auf Deutsch erhältlich.
- Este material está disponible sin cargo en coreano. 이 자료는 한국어로 무료로 제공됩니다.
- Este material está disponible sin cargo en ruso. Данный материал доступен бесплатно на русском языке.
- Este material está disponible sin cargo en árabe. هذه المادة متاحة مجانًا باللغة العربية.
- Este material está disponible sin cargo en hindi. यह सामग्री हिंदी में निःशुल्क उपलब्ध है।
- Este material está disponible sin cargo en italiano. Questo materiale è disponibile gratuitamente in italiano.
- Este material está disponible sin cargo en portugués. Este material está disponível gratuitamente em português.
- Este material está disponible sin cargo en criollo francés. Materyèl sa a disponib gratis an Kreyòl Fransè.

- Este material está disponible sin cargo en polaco. Ten materiał jest bezpłatnie dostępny w języku polskim.
- Este material está disponible sin cargo en japonés. この資料は日本語で無料でご利用いただけます。
- Este material está disponible sin cargo en hawaiano. Loa'a nō kēia palapala ma ka ōlelo Hawai'i pū manuahi.
- Este material está disponible sin cargo en amárico. ይህ በአማርኛ በነጻ ይገኛል።
- Este material está disponible sin cargo en urdu. یہ مواد اردو میں مفت دستیاب ہے۔
- Este material está disponible sin cargo en farsi. این مطلب به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.
- Este material está disponible sin cargo en darí. این مکتوب به لسان دری در دسترس است.
- Este material está disponible sin cargo en pastún. دا مواد په پښتو ژبه کې وړیا شتون لري.
- Este material está disponible sin cargo en telugu. ఈ మెటీరియల్ తెలుగు భాషలో ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంది.
- Este material está disponible sin cargo en nepalí. यो सामग्री नेपालीमा निःशुल्क उपलब्ध छ।
- Este material está disponible sin cargo en bengalí. এই উপাদানটি বাংলা ভাষার জন্য বিনামূল্যে পাওয়া যাচ্ছে।
- Este material está disponible sin cargo en igbo. Ihe a dị n'efu n'asụsụ Igbo.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información. 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 material está disponible en otros formatos, como braille, tamaño de letra grande u otros formatos alternativos, a solicitud.

Acerca de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad totalmente integrado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Virginia. La inscripción en Aetna Medicare FIDE depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Virginia para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material 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 FIDE (HMO D-SNP).
- El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Le enviaremos una nueva tarjeta de identificación de miembro con nuestro nuevo nombre. En adelante, nuestro nuevo nombre, Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), aparecerá en todos los materiales.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos por medio de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar cambios.
- Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias CVS Retail, servicio de correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias de cuidados a largo plazo de OMNI Care.

Aviso anual de cambios para 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios para los servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	11
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y costos de medicamentos con receta	11
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	17
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	17
Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?	17
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta	18
SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	19
Obtener ayuda de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	19
Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare	19
Obtenga ayuda de Medicare	19
Obtener ayuda de Medicare	20

Resumen de costos importantes para 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Deducible	\$0	\$0
Monto máximo 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).	\$9,350 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.	\$9,250 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.
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Visitas al consultorio de especialistas	Copago de \$0 por visita	Copago de \$0 por visita
Hospitalizaciones de pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Copago de \$0 por hospitalización	Copago de \$0 por hospitalización

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles).	Deducible de \$0	Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, deberá pagar lo siguiente: \$0 Si no reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, deberá pagar lo siguiente: \$615 (Niveles 3 a 5) excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener más detalles, que incluyen el deducible anual, la cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago/coseguro 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.	Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial: Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta, usted paga: Para medicamentos genéricos cubiertos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos), \$0, \$1.60, o \$5.10 por medicamento con receta Para todos los demás medicamentos: \$0, \$4.90, o \$12.65 por medicamento con receta Si usted no reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos con receta, usted paga: Medicamento genérico preferido de Nivel 1: Usted paga \$0 por medicamento con receta. Medicamento genérico de Nivel 2:

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Usted paga \$0 por medicamento con receta. Medicamento de marca preferido de Nivel 3: Usted paga el 22% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento no preferido de Nivel 4: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento especializado de Nivel 5: Usted paga el 25% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no debe pagar nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual (Medicaid se encarga de pagar su prima de la Parte B de Medicare).	\$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 ha pagado este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Costo	2025 (este año)	2026 (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. 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.	\$9,350	\$9,250 Una vez que haya pagado \$9,250 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 la red de proveedores

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* para 2026 [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) para verificar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider).
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933**, (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitar que le

enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio en el medio del año de nuestros proveedores le afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933), (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la sección 2.3 del Capítulo 3 de la *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que use. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* para 2026 AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red. A continuación, le indicamos cómo obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.
- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933), (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)) para obtener información actualizada sobre la farmacia o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio en el medio del año de nuestras farmacias le afecta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933), (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios en los beneficios para los servicios médicos

El Aviso anual de cambios le informa sobre los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare	Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar determinados gastos cotidianos. Billetera de apoyo adicional Monto mensual de beneficios (asignación) de \$350. Las categorías de gastos de la billetera de apoyo adicional incluyen lo siguiente: • Healthy Foods • Productos de venta libre (OTC) • Transporte • Servicios públicos • Productos de atención personal	Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar determinados gastos cotidianos. Su plan incluye una billetera de productos de venta libre (OTC) con un monto mensual de beneficios (asignación) de \$280. Si usted es elegible para los beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI), su billetera de productos de venta libre (OTC) se cambiará por la billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales. Las categorías de gastos de la billetera de apoyo adicional incluyen lo

Este servicio continúa en la siguiente página

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tarjeta de beneficios adicionales de Aetna Medicare (continuación)		
	Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.	siguiente: • Healthy Foods • Productos de venta libre (OTC) • Transporte • Servicios públicos • Productos de atención personal Importante: Conserve su tarjeta de beneficios adicionales. No recibirá una nueva tarjeta por correo para el año del plan 2026. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.
Servicios dentales (adicionales)	Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare): • Exámenes bucales: Sin cobertura • Radiografías: Copago de \$0 • Otros servicios dentales de diagnóstico: Copago de \$0 • Limpiezas: Sin cobertura • Tratamientos con flúor: Sin cobertura • Otros servicios dentales preventivos: Copago de \$0 Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare): • Servicios de restauración: Copago de \$0 • Endodoncia: Copago de \$0 • Periodoncia: Copago de \$0 • Prostodoncia, fija: Copago de \$0 • Prostodoncia, removible: Copago de \$0 • Protésicos maxilofaciales: Sin cobertura • Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0 • Servicios de implante: Copago de \$0 • Ortodoncia: Copago de \$0	Servicios dentales preventivos (no cubiertos por Medicare): • Exámenes bucales: Copago de \$0 • Radiografías: Copago de \$0 • Otros servicios dentales de diagnóstico: Copago de \$0 • Limpiezas: Sin cobertura • Tratamientos con flúor: Copago de \$0 • Otros servicios dentales preventivos: Copago de \$0 Servicios dentales integrales (no cubiertos por Medicare): • Servicios de restauración: Copago de \$0 • Endodoncia: Copago de \$0 • Periodoncia: Copago de \$0 • Prostodoncia, fija: Copago de \$0 • Prostodoncia, removible: Copago de \$0 • Protésicos maxilofaciales: Sin cobertura • Cirugía bucal y maxilofacial: Copago de \$0 • Servicios de implante: Sin cobertura • Ortodoncia: Sin cobertura

Este servicio continúa en la siguiente página

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios dentales (adicionales) (continuación)		
	Servicios generales complementarios: Copago de \$0 Consulte el programa dental en la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	Servicios generales complementarios: Copago de \$0 Consulte el programa dental en la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.
Atención de emergencia (en todo el mundo)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. Hay un monto máximo de beneficios combinado de \$50,000 para atención de emergencia, transporte de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. Hay un monto máximo de beneficios combinado de \$250,000 para atención de emergencia, transporte de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo.
Transporte de emergencia (en todo el mundo)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. Hay un monto máximo de beneficios combinado de \$50,000 para atención de emergencia, transporte de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. Hay un monto máximo de beneficios combinado de \$250,000 para atención de emergencia, transporte de emergencia y atención de urgencia en todo el mundo.
Prevención de caídas	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 ayudarle a controlar las disfunciones físicas y mejorar su capacidad para desplazarse con seguridad en el hogar. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información	Los servicios de prevención de caídas <u>no</u> están cubiertos.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Las categorías de nuestro programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions. Consulte la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.	
Servicios de podiatría (adicionales)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional (no cubierto por Medicare) (tres visitas por año).	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional (no cubierto por Medicare) (seis visitas por año).
Servicios de urgencia (en todo el mundo)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare.

Este servicio continúa en la siguiente página

- **Etapas:**

Comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamento de marca preferido), de Nivel 4 (medicamento no preferido) y de Nivel 5 (medicamento especializado) hasta que alcance el deducible anual.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que los costos del año hasta la fecha que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100.

- ***Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas***

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de descuentos en el período sin cobertura también se sustituyó por el Programa de descuento del fabricante. En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos del fabricante no se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Costos de los medicamentos en la Etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por receta durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	Dado que no hay deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso.	Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, deberá pagar lo siguiente: \$0 Si no reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, deberá pagar lo siguiente: \$615 (Niveles 3 a 5). Durante esta etapa, debe pagar lo siguiente: • \$0 por los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 • \$0 por los medicamentos genéricos de Nivel 2 y el costo total por los medicamentos de los siguientes niveles: • Nivel 3 (Medicamento de marca preferido) • Nivel 4 (Medicamento no preferido) • Nivel 5 (Medicamento especializado) hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la Etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por receta para un suministro para un mes (30 días) que obtiene en una farmacia de la red con un costo compartido estándar.

Cambiamos el nivel de algunos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si sus medicamentos han pasado a un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.

La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, información sobre los costos de un suministro a largo plazo o por pedidos por correo de recetas, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D	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.	Si usted reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos con receta, usted paga lo siguiente: Por medicamentos genéricos cubiertos (incluso los medicamentos de marca considerados genéricos): \$0, \$1.60 o \$5.10 por medicamento con receta Para todos los demás medicamentos: \$0, \$4.90 o \$12.65 por medicamento con receta Si usted no reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional de Medicare para pagar los medicamentos con receta, usted paga lo siguiente:
Medicamento genérico preferido de Nivel 1: 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.	Este nivel no se aplica para el 2025.	Usted paga \$0 por medicamento con receta. El costo por un suministro para un mes (suministro para 30 días) de un medicamento con receta de pedido por correo es \$0.
Medicamento genérico de Nivel 2:	Este nivel no se aplica para el 2025.	Usted paga \$0 por medicamento con receta. El costo por un suministro para un mes (suministro para 30 días) de un medicamento con receta de pedido por correo es \$0.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Medicamento de marca preferido de Nivel 3:	Este nivel no se aplica para el 2025.	Usted paga el 22% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo por un suministro para un mes (suministro para 30 días) de un medicamento con receta de pedido por correo es del 22%.
Medicamento no preferido de Nivel 4:	Este nivel no se aplica para el 2025.	Usted paga el 25% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo por un suministro para un mes (suministro para 30 días) de un medicamento con receta de pedido por correo es del 25%.
Medicamento especializado de Nivel 5:	Este nivel no se aplica para el 2025.	Usted paga el 25% del costo total. Usted paga hasta \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel. El costo por un suministro para un mes (suministro para 30 días) de un medicamento con receta de pedido por correo es del 25%.

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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Programa de apoyo para costos de Aetna Rx	Debido a que este plan participa en el modelo de diseño de seguro basado en valor (VBID), su costo compartido de la Parte D será \$0. Usted pagará \$0 por los medicamentos con receta cubiertos por Medicare, sin importar el nivel del LIS en el que esté a través del Programa de apoyo para costos de Aetna Rx.	No se ofrece el Programa de apoyo para costos de Aetna Rx.

Cambios en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Para obtener información específica sobre sus costos en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2

Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Glucómetros y suministros médicos para diabéticos	En 2025, el fabricante preferido de glucómetros y suministros médicos para diabéticos es OneTouch/LifeScan. Puede requerirse autorización previa para otros fabricantes que no sean OneTouch/LifeScan.	En 2026, el fabricante preferido de glucómetros y suministros médicos para diabéticos es Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia. Puede requerirse autorización previa para otros fabricantes que no sean Accu-Chek/Roche o TRUE/Trividia.
Glucómetros y sensores de monitoreo continuo	En 2025, los monitores continuos de glucosa y los suministros Dexcom o FreeStyle Libre también se encuentran disponibles en las farmacias participantes. Su proveedor debe obtener una autorización para un monitor continuo de glucosa. Los sensores se pueden obtener sin autorización previa del plan.	En 2026, los glucómetros y los sensores de monitoreo continuo Dexcom y FreeStyle Libre se encuentran disponibles sin autorización previa en farmacias de la red con antecedentes de uso de insulina en los últimos 6 meses. Es posible que se aplique una autorización previa para monitores y sensores, así como solicitudes de excepción si se superan los límites de cantidad que se ajustan a la guía de cobertura de Medicare.
Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-463-0933 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov .

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Si desea seguir inscrito en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP), 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 FIDE (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en un plan nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbase en el plan de medicamentos nuevo de Medicare. Se cancelará automáticamente su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos**, puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)) si necesita más información sobre cómo hacerlo. O puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048). Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), consulte el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y usted para 2026)*, llame al Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre** de cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que inicia el 1 de enero de 2026 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

Sección 3.2 ¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen los siguientes casos:

- Tener Medicaid
- Recibir Ayuda adicional para pagar sus medicamentos
- Tener o abandonar la cobertura de un empleador
- Mudarse fuera del área de servicio del plan

Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare:

- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta separado de Medicare. (Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática).
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporciona los beneficios y los servicios de Medicare y la

mayoría de los servicios de Medicaid de un plan.

Si se mudó recientemente a una institución, o si ahora vive en 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 cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mude.

SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no tendrán una multa por inscripción tardía. Para saber si reúne los requisitos, llame a los números de teléfono que figuran a continuación:
 - 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social [1-800-772-1213](tel:1-800-772-1213) entre las 08:00 a. m. y las 07:00 p. m., de lunes a viernes, para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles durante las 24 horas. Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-800-325-0778](tel:1-800-325-0778).
 - Oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia con los costos compartidos de medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para 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. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia del estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos 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, cómo inscribirse en el programa o, si está actualmente inscrito, cómo continuar recibiendo esta asistencia, llame al ADAP de su estado. Cuando llame, asegúrese de informarles su nombre o número de póliza de la Parte D de Medicare.

Programas estatales de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)	
Virginia	Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), dirección: Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219, teléfono: 1-855-362-0658 , 1-800-533-4148 , TTY: 711 , horario de atención: De lunes a viernes, de 08:00 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: vdh.virginia.gov/disease-prevention/disease-prevention/hiv-care-services/

- **Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de

pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y ADAP, para aquellos que califican, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en este Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al **1-855-463-0933** (TTY: **711**) o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtener ayuda de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

- **Llame al Departamento de Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933), (los usuarios de TTY deben llamar 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 2026**

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2026. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) para 2026. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-855-463-0933**, (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedirnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider**

En nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Reciba asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Comuníquese con el SHIP de su estado para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid y 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)	
Virginia	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP), dirección: Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, VA 23229, teléfono: 1-800-552-3402 , TTY: 711 , horario de atención: De lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 05:00 p. m., sitio web: www.vda.virginia.gov/vicap.htm

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227))**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

- **Puede chatear en vivo en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

Puede chatear en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)**

El sitio web oficial de Medicare 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.

- **Lea *Medicare & You 2026* (Medicare y usted para 2026)**

El manual *Medicare & You 2026* (Medicare y usted para 2026) se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Puede obtener una copia en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY pueden llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información de Cardinal Care, puede llamar a Cardinal Care (el nombre y los números de teléfono de esta organización figuran debajo).

	Oficina de Medicaid de su estado
Virginia	Virginia Medicaid, dirección: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, teléfono: 1-855-242-8282, 804-786-7933 (Servicio de Atención al Cliente); 1-833-522-5582 (Inscripción), TTY: 1-888-221-1590 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla, horario de atención: 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., sitio web: dmas.virginia.gov/ Si tiene preguntas sobre su cobertura Cardinal Care Managed Care Medicaid, visite www.virginiamanagedcare.com o comuníquese con la Línea de ayuda para miembros de Medicaid de Virginia al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608). También pueden enviarse preguntas en línea en ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#. Este es el portal de solicitudes en línea de Medicaid de Virginia. Ese sitio web también proporciona respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicaid de Virginia.

La discriminación es ilegal

Aetna Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo (de conformidad con la sección 92.101[a][2] del Título 45 del Código de Regulaciones Federales [CFR]). Aetna Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Aetna Inc.

- Brinda a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares apropiados gratuitos para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de asistencia de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, que puede incluir lo siguiente:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados, o servicios de asistencia de idiomas, comuníquese al [1-833-220-0349](tel:1-833-220-0349) (TTY: [711](tel:1-833-220-0349)).

Si considera que Aetna Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator

Attn: 1557 Coordinator
CVS Pharmacy, Inc.
1 CVS Drive, MC 2332,
Woonsocket, RI 02895

[1-833-220-0349](tel:1-833-220-0349) (TTY: [711](tel:1-833-220-0349))

Correo electrónico: Coordinator1557@cvshealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, teléfono o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el **coordinador de Derechos Civiles** está disponible para ayudarlo.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

[1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD)

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Inc.: <https://www.aetna.com/medicare>

Y0001_H6399_H1610_NDN_2025

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.

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](#)

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
(English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎት ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية (Arabic)

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo telefòn ki sou kat idantite ou a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。
。(Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
(Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej Karcie Identykującej (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta na sua identidade. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, указанному на вашей карточке участника плана. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

بلا قیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں (Urdu)

برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره کارت شناسایی خود تماس بگیرید (Dari)

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, మీ ID కార్డుపై ఉన్ననంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na kaadị ID gị. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवाहरू पहुँच गर्न, आफ्नो परिचय पत्रमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

د ژبې خدمتونه د لاسرسي لپاره پرته له کوم لګښت څخه تاسو ته اړیکه ونیسئ (Pashto)

H1610_2025_V1



CardinalCare

Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Puede consultar en línea la información sobre los beneficios de su plan para 2026



Este aviso es para ayudarlo a encontrar información importante del plan. Toda la información estará disponible en línea para el 15 de octubre de 2025.

Dónde buscar

Consulte la información sobre su plan en línea visitando:	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp
También puede ver este sitio web en español. Visite	es.Virginia-hmosnp.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

Qué buscar

Puede obtener más información sobre los beneficios, los programas y los servicios del plan en línea. Para obtener una copia impresa de un documento, llame al número de teléfono que figura en este material.

Evidencia de cobertura (EOC)	Una descripción completa de la cobertura de su plan. AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Lista de medicamentos cubiertos (formulario)	Una lista de los medicamentos que cubre el plan. Tiene el nivel del medicamento, así como cualquier requisito especial, como autorización previa, límites de cantidad o tratamiento escalonado. AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Directorio de proveedores	Puede encontrar un médico que esté cerca buscando en línea en el directorio. AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Directorio de farmacias	Puede encontrar una farmacia que esté cerca buscando en línea en el directorio. AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider 1-855-463-0933 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular y la composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá avisos cuando sea necesario.

Debido a la legislación de Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026, es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias CVS Retail, servicio de correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias de cuidados a largo plazo de OMNI Care.

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language services at no cost to you, call the number on this document. (English)

እርስዎ ወጪ ሳያውጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በዚህ ሰነድ ላይ ወዳለዉ ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) للحصول على خدمات اللغة مجانًا، اتصل بالرقم المذكور في هذه الوثيقة.

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼。 (Chinese)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa dookumentii kanarra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro indiqué sur ce document. (French)

Pou jwenn sèvis lang san ou pa peye anyen, rele nimewo ki sou dokiman sa a. (French Creole)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer in diesem Dokument an. (German)

Inā ake ‘oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona ‘oe i ka helu ma kēia palapala. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj ntawm daim ntawv no. (Hmong)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato in questo documento. (Italian)

無料の言語サービスをご利用いただくには、この書類に記載されている番号にお電話ください。 (Japanese)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤလၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျီၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲလံာ်တီၢ်လံာ်မိအံၤအဖီခိၣ်န့ၣ်တက့ၢ်. (Karen)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 이 문서에 있는 전화번호로 전화하세요. (Korean)

ເພື່ອ ໄດ້ຂາດຖົງການ ບໍລິການພາສາໂດຍ ບູລະຍາຄ່າ ຈຳລັດ ຈາຍໃດໆ, ໃຫ້ໂທຫາ ຕີບໂທໃນເອກະສານນີ້. (Laotian)

ដើម្បីទទួលបានសេវាផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីអ្នកសូមទូរសព្ទទៅលេខដែលមាននៅលើឯកសារនេះ។ (Mon-Khmer, Cambodian)

(Persian farsi) برای دسترسی به خدمات زبانی رایگان، با شماره مندرج در این سند تماس بگیرید.

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany w tym dokumencie. (Polish)

Ligue para o número indicado neste documento para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному в этом документе. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que aparece en este documento. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa dokumentong ito. (Tagalog)

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại ghi trên tài liệu này. (Vietnamese)

Y0001_Y0130_H6399_2025_V3

Y0001_H1610_001_DS17_PDN2026_SP_C

Y0001_3737453_2025_C

2366166-01-01

© 2025 Aetna Inc.
20250916



CardinalCare

Virginia's Medicaid Program

Medicare and Medicaid Working Together

Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para Miembros	
LLAME AL	1-855-463-0933 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.	
TTY	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.	
ESCRIBA A	Aetna Better Health of Virginia Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998	
SITIO WEB	Ingresa en AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web.	