aetna

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 2027

Introducción

Usted está actualmente inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/VADSNP. Para obtener una copia por correo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de la página. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en inglés. This document is available for free in English.
- Este documento está disponible sin cargo en chino. 本文件免費提供中文版本。
- Este documento está disponible sin cargo en tagalo. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.
- Este documento está disponible sin cargo en francés. Ce document est disponible gratuitement en français.
- Este documento está disponible sin cargo en vietnamita. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng tiếng Việt.
- Este documento está disponible sin cargo en coreano. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.
- Este documento está disponible sin cargo en ruso. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.
- Este documento está disponible sin cargo en árabe.

يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية.

- Este documento está disponible sin cargo en hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निःशुल्क उपलब्ध है।.
- Este documento está disponible sin cargo en amárico. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.
- Este documento está disponible sin cargo en urdu.

یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔

- Este documento está disponible sin cargo en farsi.

این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 05/31/2029)

Si tiene preguntas, llame a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) al 1-855-463-0933 (**TTY:** 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/VADSNP.

- Este documento está disponible sin cargo en telugu. ఈ డాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.
- Este documento está disponible sin cargo en nepalí. यो कागजात नेपाली भाषामा नि:शुल्क उपलब्ध छ.
- Este documento está disponible sin cargo en bengalí. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.
- **Puede obtener este *Aviso anual de cambios* sin cargo en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al 1-855-463-0933 (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. La llamada es gratuita.**
- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que comprenda su información del plan de salud. Si un idioma o formato diferente funciona mejor para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página para solicitar un cambio. (En ocasiones, esto se denomina “solicitud permanente”).
- Continuaremos enviando correspondencias y otras comunicaciones en su formato solicitado.
- Si quiere cambiar su solicitud permanente de un idioma o formato preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Tenemos servicios gratuitos de interpretación para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-463-0933 (**TTY:** 711). Alguien que hable español, árabe, o vietnamita podrá ayudarle. Este es un servicio gratuito.

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 काडर् पर दिये नबर 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)

بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبرپر 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)

नि:शुल्क 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 خدمتو ته د لاسرسی لپاره پرته له کوم لګښت څخه تاسو ته اړیکه ونیسئ (Pashto)

H1610_2025_V1

Índice

A. Descargos de responsabilidad **5**
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Cardinal Care Managed Care (Medicaid) para el próximo año **5**
B1. Información sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) 5
B2. Cosas importantes para hacer 5
C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red **6**
D. Cambios en los beneficios para el próximo año **6**
D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos 7
D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 7
D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial" 10
D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura en situaciones catastróficas" 13
E. Elija un plan **13**
E1. Siga inscrito en nuestro plan 13
E2. Cambie de plan 13
F. Reciba ayuda **17**
F1. Nuestro plan 17
F2. Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) 18
F3. Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo 18
F4. Medicare 19
F5. Cardinal Care Managed Care 19
F6. Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare 19

A. Descargos de responsabilidad

- 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.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Cardinal Care Managed Care (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año. De lo contrario, es posible que usted pueda cancelar su inscripción en nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige cancelar su inscripción en nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se hizo su solicitud. Aún seguirá inscrito en los programas Medicare y Cardinal Care Managed Care, siempre y cuando usted sea elegible.

Si cancela su inscripción en nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

- Opciones de Medicare en la tabla en la **Sección E2**.
- Opciones de Cardinal Care Managed Care en la **Sección E2**.

B1. Información sobre Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los miembros.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro/a” o “nuestro plan”, hace referencia a Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes para hacer

- **Verifique si hay cambios en nuestros beneficios que pueden afectarle.**
  - ¿Hay cambios que afectan los servicios que usted utiliza?
  - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**
  - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos? ¿Se encuentran en un nivel diferente de costo compartido? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Se aplicarán cambios como autorización previa, tratamiento escalonado o límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcionará para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

    - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado.
        - Consulte con su médico sobre alternativas menos costosas que pueden estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en costos anuales que paga de su bolsillo durante el año.
        - Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
    - ¿Se encuentran en nuestra red sus médicos, incluidos sus especialistas? ¿Se encuentra su farmacia? ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
    - Consulte la **Sección C** para obtener información acerca de nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense acerca de sus costos generales en el plan.**
    - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que utiliza habitualmente?
    - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está conforme con nuestro plan.**

Si decide seguir inscrito en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP):
Si desea seguir inscrito en nuestro plan el próximo año, es fácil; no es necesario que haga nada. Si no hace un cambio, automáticamente permanecerá inscrito en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:
Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección E2** para obtener más información). Si se inscribe en un plan nuevo o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en nuestros proveedores y farmacias de la red

Los montos que paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan cuenta con 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.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2027.

Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* para 2027 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o su farmacia se encuentran en nuestra red. Encontrará un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-find-provider**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en el final de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja de participar en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el final de la página para obtener ayuda.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2026 (este año)	2027 (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 y respaldar su salud y bienestar general. 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 a la **billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales**. La billetera de apoyo adicional incluye las siguientes categorías de gastos: • Healthy Foods • Productos de venta libre (OTC) • Transporte • Servicios públicos • Productos de atención personal Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.	Con este plan, usted recibe una tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar determinados gastos cotidianos y respaldar su salud y bienestar general. Su plan incluye una **billetera de productos de venta libre (OTC)** con un monto mensual de beneficios (asignación) de $295. 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 a la **billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales**. La billetera de apoyo adicional incluye las siguientes categorías de gastos: • Healthy Foods • Productos de venta libre (OTC) • Transporte • Servicios públicos • Productos de atención personal **Importante:** Conserve su tarjeta de beneficios adicionales. No recibirá una tarjeta nueva por correo para el año del plan 2027. Consulte la *Evidencia de cobertura* para obtener más información y la calificación para elegibilidad.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* también se denomina *Formulario* o *Lista de medicamentos*. Se proporciona una copia de nuestra *Lista de medicamentos* en línea en **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary**.

Hemos realizado cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o moverlos a otro nivel de costo compartido.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año** y para saber si habrá restricciones o si su medicamento se ha movido a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podemos hacer otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea, al menos de forma mensual, para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afecte a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, le recomendamos que haga lo siguiente:

- Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente cubierto por nosotros.
    - Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en el final de la página o comunicarse con su coordinador de atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección.
    - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.
- Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y consultarnos para hacer una excepción en la cobertura del medicamento.
    - Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en el plazo de 72 horas después de recibir el pedido (o la declaración de apoyo de la persona autorizada a dar recetas).
    - Para saber qué debe hacer para pedir una excepción, consulte el **Capítulo 9** de la *Evidencia de cobertura* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en el final de la página.

      Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros. Para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador de atención, consulte el **Capítulo 2 y 3** de la *Evidencia de cobertura*.
- Solicítenos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
    - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los

primeros 90 días del año calendario.

- Este suministro temporal será para 30 días como máximo en un entorno para pacientes externos y para 31 días en centros de atención a largo plazo. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*).
- Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, consulte con su médico sobre qué hacer cuando este suministro temporal se agote. Puede cambiar a un medicamento diferente que nuestro plan cubra o solicitar que hagamos una excepción para usted y cubramos el medicamento actual.
- Si su medicamento con receta está indicado para menos días, le permitiremos surtirlo varias veces hasta llegar a un suministro máximo para 30 días del medicamento, en un entorno para pacientes externos, y para 31 días, en un centro de atención a largo plazo. Debe obtener el medicamento con receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Si recibió una excepción al formulario para un medicamento que toma actualmente, consulte la carta que recibió en la que se le permitió la excepción. Esta carta le indicará si la excepción continuará después de 2026. Si indica que la excepción al formulario terminará en o al final de 2026, deberá enviar una nueva solicitud de excepción para el medicamento para 2027 si no se ha modificado el estado del formulario.
- Puede revisar el formulario completo para 2027 en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-formulary** para saber si los cambios afectan su medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en el final de la página para solicitar una excepción al formulario para 2027.

Cambios en los costos de los medicamentos
Como usted es elegible para Cardinal Care Managed Care, recibe Ayuda adicional de Medicare para poder pagar los medicamentos de la Parte D de Medicare. 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 su cobertura de medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros y solicite la "*Cláusula adicional LIS*".

Hay dos etapas de pago de medicamentos en su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en virtud de nuestro plan. El monto que paga depende de su nivel de Ayuda adicional y de la etapa en que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa, nuestro plan paga una parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. Comienza en esta etapa cuando obtiene el primer medicamento con receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. Usted comienza esta etapa cuando pague cierta cantidad de costos de su bolsillo.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando los costos totales de lo que paga de su bolsillo por los medicamentos llegan a $2,400. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta fin de año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por 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.

D3. Etapa 1: "Etapa de cobertura inicial"

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se denomina copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento y de dónde lo obtenga. Usted paga un copago cada vez que obtiene un medicamento con receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Hemos movido algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a un nivel del medicamento más bajo o más alto. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro para un mes que obtiene en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos. Estos montos se aplican **únicamente** mientras se encuentre en la Etapa de cobertura inicial.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 1 (medicamento genérico preferido) Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos de Nivel 2 (medicamento genérico) Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**.	Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**.
Medicamentos de Nivel 3 (medicamento de marca preferido) Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	**Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.60** o **$5.10**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$4.90** o **$12.65**.	**Si es elegible para Medicaid de forma activa:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0. **Si no es elegible para Medicaid de forma activa, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.65** o **$5.80**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$5.00** o **$14.40**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Medicamentos de Nivel 4 (medicamento no preferido) Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	**Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.60** o **$5.10**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$4.90** o **$12.65**.	**Si es elegible para Medicaid de forma activa:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0. **Si no es elegible para Medicaid de forma activa, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.65** o **$5.80**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$5.00** o **$14.40**.
Medicamentos de Nivel 5 (medicamento especializado) Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red	**Si califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo a pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.60** o **$5.10**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$4.90** o **$12.65**.	**Si es elegible para Medicaid de forma activa:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) es de $0. **Si no es elegible para Medicaid de forma activa, pero califica para recibir Ayuda adicional de Medicare para ayudarlo pagar sus medicamentos con receta:** Su copago por un suministro para un mes (30 días) de medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) es de **$0**, **$1.65** o **$5.80**. Por todos los demás medicamentos, su copago por un suministro para un mes (30 días) es de **$0**, **$5.00** o **$14.40**.

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando los costos totales de lo que paga de su bolsillo alcanzan los $2,400. En ese momento, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. El plan cubre

todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta fin de año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre cuánto debe pagar por los medicamentos.

D4. Etapa 2: "Etapa de cobertura en situaciones catastróficas"

Cuando alcanza el límite de **$2,400** de lo que paga de su bolsillo por los medicamentos, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Permanece en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el **Capítulo 6** de su *Evidencia de cobertura*.

E. Elija un plan

E1. Siga inscrito en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. No es necesario que haga nada para seguir inscrito en nuestro plan. Si no se cambia a otro plan de Medicare, ni se cambia a Original Medicare, automáticamente permanecerá inscrito como miembro de nuestro plan para 2027.

E2. Cambie de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Como tiene Cardinal Care Managed Care, tiene algunas opciones para cancelar su membresía con nuestro plan, incluso cualquier mes del año.

Además, es posible cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de inscripción abierta**, que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el plan nuevo comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que se extiende del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un plan nuevo durante este período, su membresía en el plan nuevo comienza el primer día del próximo mes.

Hay otras situaciones en las que puede ser elegible para hacer un cambio en su inscripción. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Si se mudó fuera del área de servicio,
- Su elegibilidad para Cardinal Care Managed Care o Ayuda adicional cambió, **o**
- 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). Si acaba de salir de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que salió. Si cambia de plan a un plan Medicare Advantage que no sea DSNP o elige inscribirse en Original Medicare, puede seguir siendo miembro del plan Cardinal Care Managed Care, o puede cambiar su plan de Cardinal Care Managed Care visitando el sitio web de cuidado administrado de Medicaid de Virginia en: **www.virginiamanagedcare.com** o llamando al **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**) Horario de atención: Lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para obtener los servicios de Medicare que se detallan a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se detalla a continuación durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, u otras situaciones descritas en la **Sección E2**. Si selecciona una de estas opciones, automáticamente cancela su membresía en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). Si se inscribe en un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP), la asignación de su plan de salud de Medicaid coincidirá automáticamente con su elección de D-SNP. Si se inscribe en Original Medicare o en un plan Medicare Advantage que no sea D-SNP, puede optar por permanecer en nuestro plan de salud Cardinal Care Managed Care Medicaid o inscribirse en cualquiera de los otros cuatro planes de salud de Cardinal Care Managed Care Medicaid.

1. Puede cambiar a:	**Esto es lo que debe hacer:**
Otro plan que brinde sus beneficios y servicios de Medicare y todos o la mayoría de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP) integrado o un plan del Programa de atención integral para personas mayores (PACE), si califica.	Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-877-486-2048**. Para hacer consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-833-5CALLVA (**1-833-522-5582**) (**TTY: 1-888-221-1529**). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) **1-804-662-9333 V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Puedes visitar su sitio web aquí: **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. Para obtener más información o encontrar una oficina local del VICAP en su área, visite el sitio web **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. **O BIEN** Inscríbase en un D-SNP nuevo integrado. Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su plan nuevo. El Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia (DMAS) también cancelará su inscripción en nuestro plan de salud Cardinal Care Managed Care Medicaid y lo inscribirá en el plan de salud Cardinal Care Managed Medicaid alineado con su nuevo D-SNP integrado.

2. Puede cambiar a: **Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare por separado.**	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) **1-804-662-9333 V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Puedes visitar su sitio web aquí: **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. Para obtener más información o encontrar una oficina local del VICAP en su área, visite el sitio web **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. **O BIEN** Inscríbase en un plan nuevo de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de Original Medicare. Si elige inscribirse en Original Medicare, puede seguir siendo miembro de nuestro plan de salud Cardinal Care Managed Care, o puede cambiar su plan Cardinal Care Managed Care visitando el sitio web de cuidado administrado de Medicaid de Virginia en: **www.virginiamanagedcare.com** o llamando al **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**) Horario de atención: Lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

3. Puede cambiar a: **Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado si tiene un motivo válido para cancelar su inscripción.** **Nota:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le informe a Medicare que no desea hacerlo. Solo debe dejar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) al **1-804-662-9333 V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Puedes visitar su sitio web aquí: **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) **1-804-662-9333 V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Puedes visitar su sitio web aquí: **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Original Medicare. Si elige inscribirse en Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado, puede seguir siendo miembro de nuestro plan de Cardinal Care Managed Care o cambiar su plan de Cardinal Care Managed Care visitando el sitio web de cuidado administrado de Virginia en: **www.virginiamanagedcare.com** o llamando al **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**) Horario de atención: Lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

4. Puede cambiar a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluidos el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** u otras situaciones descritas en la **Sección E2**.	**Esto es lo que debe hacer:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-877-486-2048**. Para hacer consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al 1-833-5CALLVA (**1-833-522-5582**) (**TTY: 1-888-221-1529**). Si necesita ayuda o más información, haga lo siguiente: • Llame al Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP) **1-804-662-9333V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Puedes visitar su sitio web aquí: **www.vda.virginia.gov/vicap.htm**. **O BIEN** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Su inscripción en Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan. Si elige inscribirse en un plan de salud de Medicare que no sea D-SNP, puede cambiar su plan de Cardinal Care Managed Care visitando el sitio web de cuidado administrado de Virginia: **www.virginiamanagedcare.com** o llamando al **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**) Horario de atención: Lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. Si elige inscribirse en un D-SNP diferente, su cobertura de Cardinal Care Managed Care se cambiará automáticamente para que coincida con su elección de D-SNP.

Servicios de Cardinal Care Managed Care

Si tiene preguntas sobre cómo obtener los servicios de Cardinal Care Managed Care después de que deje nuestro plan, llame de forma gratuita a la línea de ayuda de cuidado administrado de Virginia al: **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**) o visite nuestro sitio web en **www.virginiamanagedcare.com**. Horario de atención: Lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que recibe su cobertura de Cardinal Care Managed Care.

F. Reciba ayuda

F1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarlo si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros

a los números que figuran al final de la página durante los días y el horario de atención mencionados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea la *Evidencia de cobertura*
Su *Evidencia de cobertura* es una descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y los costos para 2027. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los medicamentos y los servicios que cubrimos.

La *Evidencia de cobertura* para 2027 estará disponible antes del 15 de octubre. Encontrará una copia actualizada de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP**. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que figuran en el final de la página para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* para 2027 por correo.

Nuestro sitio web
Puede visitar nuestro sitio web en **AetnaMedicare.com/VADSNP**. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*.

F2. Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP)

También puede llamar al Programa estatal de seguros de salud (SHIP). En Virginia, al SHIP se lo denomina Programa de asesoramiento y asistencia en seguros de Virginia (VICAP). El VICAP puede ayudarle a comprender las opciones de planes y responder preguntas sobre el cambio de plan. El VICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El VICAP ha capacitado a asesores en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del VICAP es **1-804-662-9333 V/TTY** o línea gratuita: **1-800-552-3402 V/TTY.** Para obtener más información o encontrar una oficina local del VICAP en su área, visite el sitio web **dars.virginia.gov/aging/home-community/medicare-counseling**.

F3. Oficina del defensor del pueblo estatal para atención a largo plazo

Los defensores del pueblo abogan por los adultos mayores y las personas con discapacidades que reciben servicios de atención a largo plazo, ya sea que la atención se brinde en un hogar de convalecencia o en un centro de vida asistida, o a través de servicios basados en la comunidad para ayudar a las personas que aún viven en el hogar. Los defensores del pueblo brindan a las personas mayores de Virginia, a sus familias y al público en general información, apoyo y asistencia para ayudar a resolver problemas relacionados con la atención.

El programa del defensor del pueblo puede ayudarlo si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del defensor del pueblo son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El programa del defensor del pueblo:

- Trabaja como un defensor en su nombre. Puede responder preguntas si tiene un problema o un reclamo y puede ayudarlo a comprender qué debe hacer.
- Se asegura de que tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número

de teléfono del programa del defensor del pueblo es **1-804-565-1600,** número gratuito: **1-800-552-5019**, **TTY: 711**.

F4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llámenos 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**.
- Puede chatear en vivo en **www.Medicare.gov/talk-to-someone**
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare
Puede visitar el sitio web de Medicare (**Medicare.gov**). Si elige cancelar su inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad para ayudarlo a comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área mediante el buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información sobre los planes, visite **Medicare.gov** y haga clic en "Find plans" [Buscar planes]).

Medicare & You 2027 (Medicare y usted para 2027)
Puede leer el manual *Medicare & You 2027 (Medicare y usted para 2027)*. Cada año, en otoño, este folleto 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. El manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (**Medicare.gov/medicare-and-you**) o llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de **TTY** deben llamar al **1-877-486-2048**.

F5. Cardinal Care Managed Care

Puede recibir información general sobre el programa de Cardinal Care Managed Care visitando nuestro sitio web (**www.dmas.virginia.gov/**).

Puede obtener información sobre la cobertura de atención médica, cómo solicitar Medicaid y obtener más información visitando el sitio web de Cover Virginia (**coverva.dmas.virginia.gov/**) o llamando al 1-833-5CALLVA (**1-833-522-5582**) (**TTY: 1-888-221-1590**). El Centro de llamadas de Cover Virginia opera 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.

Si desea obtener más información sobre sus opciones de planes de salud o cambiar su plan de salud, puede visitar el sitio web de la Línea de Ayuda de cuidado administrado (**www.virginiamanagedcare.com**) o llamando al **1-800-643-2273** (**TTY: 1-800-817-6608**). La línea de ayuda opera de lunes a viernes, de 08:30 a. m. a 06:00 p. m.

F6. 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 puede 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) como pagos mensuales. 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. Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir participando en 2027. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce los costos que paga de su bolsillo de sus medicamentos.

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP) y el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que califican, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en el final de esta página o visite **Medicare.gov**.

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** (**TTY:** **711**).

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 (**TTY:** **711**)
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, **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. 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.

aetna®

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 2027



Este aviso es para ayudarlo a encontrar información importante del plan. Toda la información estará disponible en línea para el 15 de octubre de 2026. Si actualmente está inscrito, revise esta información en ese momento. Si acaba de inscribirse, esta información se aplica a usted una vez que su cobertura entre en vigencia después de esta fecha.

Dónde buscar

Consulte la información sobre su plan en línea visitando:	**AetnaMedicare.com/VADSNP**
También puede ver este sitio web en español. Visite	**AetnaMedicare.com/VADSNP-ESP**

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. **AetnaMedicare.com/VADSNP** **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. **AetnaMedicare.com/VADSNP-drug-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. **AetnaMedicare.com/VADSNP-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. **AetnaMedicare.com/VADSNP-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 un aviso cuando sea necesario.

Y0001_H1610_001_DS17_PDN2027_SP_C
Y0001_3737453_2025_SP_C
2366166-01-01

© 2026 Aetna Inc.
20260911

aetna®

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 MEDICARE Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
SITIO WEB	Visite AetnaMedicare.com/VADSNP o escanee este código con su teléfono para visitar nuestro sitio web.

Declaración sobre divulgación de la PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

20260911