



## Resumen de beneficios para 2024

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

Su  
eterno compañero  
en la atención médica.



## Resumen de beneficios

### ¿Qué contiene este documento?

Este resumen de beneficios sirve como un recurso para comprender la cobertura y los costos asociados con el plan Valor Give Back HMO-POS de eternalHealth. La información en este documento abarca el año del plan que comienza el 1 de enero de 2024 y finaliza el 31 de diciembre de 2024.

### ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para este plan?

Para ser elegible para este plan, usted debe

- estar inscrito en las partes A y B de Medicare y
- vivir en el condado de Maricopa en Arizona.

### ¿Cubre este plan mis necesidades actuales de atención médica?

Este plan no ofrece medicamentos recetados de la Parte D; para obtener más información, visítenos en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com). Si tiene preguntas o desea recibir una copia por escrito, llámenos al 1-800-680-4568 (TTY 711).

### ¿Dónde puedo obtener más información sobre Medicare?

El **manual Medicare y usted** es un gran recurso y se puede encontrar en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por correo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

### ¿Qué es un deducible?

Un deducible es la cantidad de dinero que usted paga de su bolsillo antes de que el plan de salud comience a pagar. Una vez que alcance el límite definido, solo tendrá que pagar un coseguro o un copago.

### ¿Qué es un copago?

Un copago es una cantidad fija de dinero que usted paga de su bolsillo cuando recibe atención.

### ¿Qué es un coseguro?

El coseguro es un porcentaje que usted paga de su bolsillo por el costo de su atención.

### ¿Dónde puedo encontrar más información?

Si desea obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura de eternalHealth en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com) en la sección Resources (Recursos) para afiliados.

Puede llamar al servicio de atención al cliente al 1-800-680-4568 (TTY 711):

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

eternalHealth de Arizona es un plan HMO con un contrato de Medicare para ofertas de HMO y HMO-POS. La inscripción en eternalHealth de Arizona depende de la renovación del contrato. La información que se brinda no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de todos los servicios que cubrimos, llame al 1-800-680-4568 (TTY 711) y solicite la "Evidencia de cobertura" o acceda a ella en línea en [www.eternalhealth.com](http://www.eternalhealth.com).

# Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente la cobertura que recibirá. Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de cobertura, puede llamarnos al 1(800) 893-9457 (TTY: 711).

## Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan que son importantes para usted antes de inscribirse. Visite [www.eternalHealth.com/Forms-Documents](http://www.eternalHealth.com/Forms-Documents) o llame al 1 (800) 893-9457 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, lo más probable es que deba escoger a un nuevo médico.

## Entender las normas importantes

- Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima se descuenta normalmente de su cheque de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025
- Nuestro plan le permite consultar proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos determinados servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos de parte de proveedores no contratados.
- Algunos beneficios y servicios pueden requerir autorización previa.

## Mi prima mensual, deducible y máximo de gastos de bolsillo

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual</b>	\$0	
<b>Reducción de prestaciones de la Parte B de Medicare (Give Back)</b>	Se reduce hasta \$85 por mes de su prima de la Parte B.	
<b>Deducible médico</b>	Este plan no cuenta con un deducible.	
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	Este plan no ofrece medicamentos recetados de la Parte D.	
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> Esta es la cantidad máxima que usted pagará durante el año del plan por concepto de copagos, coseguro, servicios médicos, suministros y medicamentos cubiertos de la Parte B. No aplican los gastos de bolsillo para medicamentos recetados y otros beneficios.	\$5,500	\$9,000

## Mis beneficios y servicios médicos y hospitalarios cubiertos

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> Se requerirá una autorización previa.	Definido por Medicare.	Definido por Medicare.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b> Se puede requerir una autorización previa para procedimientos ambulatorios realizados en un hospital.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> 20% de coseguro.  <b>Servicios ambulatorios en hospital</b> 20% de coseguro.  <b>Estadías en observación</b> 20% de coseguro.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> 50% de coseguro.  <b>Servicios ambulatorios en hospital</b> 50% de coseguro.  <b>Estadías en observación</b> 50% de coseguro.
<b>Servicios de centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b> Puede que se necesite una autorización previa para procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> 20% de coseguro si se realiza en un ASC.  <b>ASC</b> 20% de coseguro por cirugía realizada en un ASC.	<b>Colonoscopias diagnósticas</b> 50% de coseguro si se realiza en un ASC.  <b>ASC</b> 50% de coseguro por cirugía realizada en un ASC.

<p><b>Consultas médicas</b> Es posible que necesite una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) si consulta a un especialista, acupunturista o quiropráctico.</p>	<p><b>Consultas al proveedor de atención primaria (PCP):</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> \$0 de copago por consulta.</p>	<p><b>Consultas al proveedor de atención primaria (PCP):</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> \$25 de copago por consulta.</p>
<p><b>Atención preventiva</b> Los servicios preventivos están disponibles sin costo alguno si utiliza un proveedor de la red, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal (AAA)</li> <li>• Pruebas de alcoholismo y asesoramiento</li> <li>• Consulta anual de bienestar</li> <li>• Mediciones de la masa ósea (densidad ósea)</li> <li>• Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer cervical</li> <li>• Prueba de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco</li> <li>• Vacunas contra el COVID-19</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes</li> <li>• Vacuna contra la gripe y su administración</li> <li>• Prueba de detección de glaucoma</li> <li>• Prueba de detección de hepatitis B</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B y su administración</li> </ul>	<p>\$0 de copago por servicio.</p>	<p>50% de coseguro.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de la hepatitis C</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Examen físico preventivo inicial</li> <li>• Terapia conductual intensiva (IBT) para enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Terapia conductual intensiva (IBT) para obesidad</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón</li> <li>• Mamografía de detección</li> <li>• Terapia médica nutricional</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare</li> <li>• Exámenes de Papanicolaou</li> <li>• Vacuna contra el neumococo y su administración</li> <li>• Servicios preventivos prolongados</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Examen pélvico preventivo</li> <li>• Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento conductual muy intensivo (HIBC) para prevenir las ITS</li> </ul> <p>Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato.</p>		
<p><b>Atención de emergencia</b>  Usted no tiene que pagar este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. En caso de ser hospitalizado, consulte la sección Cobertura hospitalaria.</p> <p>Este plan también cubre sus servicios de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.</p>	20% de coseguro.	20% de coseguro.

<p><b>Servicios de urgencia</b>  Servicios de urgencia con servicios necesarios inmediatamente como resultado de una enfermedad, lesión o afección imprevista para prevenir un deterioro grave de la salud. Este plan también cubre sus servicios de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.</p> <p>Usted no tiene que pagar este copago si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. En caso de ser hospitalizado, consulte la sección Cobertura hospitalaria.</p>	<p>20% de coseguro.</p> <p>20% de coseguro por consulta para atención de urgencia mundial.</p>	<p>20% de coseguro.</p> <p>20% de coseguro por consulta para atención de urgencia mundial.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b>  <b>Servicios de laboratorio:</b> Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo.</p> <p><b>Radiología diagnóstica:</b> Se requiere autorización previa.</p> <p><b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos:</b> Se requiere autorización previa para imágenes de alta tecnología.</p> <p><b>Radioterapia:</b> Se requiere autorización previa.</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b>  20% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiografías</b>  20% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiología de diagnóstico (es decir, TC, RM, PET, etc.)</b>  20% de coseguro por ecografías  20% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Pruebas diagnósticas y procedimientos (es decir, prueba de esfuerzo)</b>  20% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p>	<p><b>Servicios de laboratorio</b>  50% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiografías</b>  50% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Radiología de diagnóstico (es decir, TC, RM, PET, etc.)</b>  50% de coseguro por ecografías  50% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Pruebas diagnósticas y procedimientos (es decir, prueba de esfuerzo)</b>  50% de coseguro por análisis realizados en un consultorio o en un laboratorio independiente.</p>

	<b>Radioterapia</b> 20% de coseguro.	<b>Radioterapia</b> 50% de coseguro.
<p><b>Servicios para la audición</b> Los copagos por exámenes auditivos de rutina y audífonos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Exámenes de audición de rutina</b> \$0 de copago para proveedores participantes de Amplifon.</p> <p><b>Audífonos (hasta 2 audífonos por año: 1 por oído por año)</b> \$595 de copago según su selección a través de Amplifon. \$895 de copago según su selección a través de Amplifon.</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba libre de riesgos de 60 días</li> <li>• Atención posterior gratuita</li> <li>• Nuevos servicios virtuales que incluyen exámenes de detección virtuales, asesoramiento personalizado y consultas virtuales a pedido.</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	<p><b>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Exámenes de audición de rutina</b> Este beneficio no está cubierto fuera de red.</p>
<p><b>Servicios odontológicos</b> Los servicios preventivos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exámenes bucales</li> <li>• Profilaxis (limpieza)</li> <li>• Radiografías dentales</li> <li>• Limpieza dental (de rutina) no cubierta por Medicare</li> <li>• Radiografías dentales (de rutina) no cubiertos por Medicare</li> </ul> <p>Los servicios integrales incluyen:</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro. <i>Un ejemplo de esto es la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental.</i></p> <p><b>\$2,500 de asignación anual</b> eternalHealth pagará hasta <b>\$2,500 por año</b> por servicios integrales y preventivos, <b>sin una red obligatoria</b>. Esta asignación estará disponible para su uso en</p>	<p><b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro. <i>Un ejemplo de esto es la reconstrucción de la mandíbula después de una lesión accidental.</i></p> <p><b>\$2,500 de asignación anual</b> eternalHealth pagará hasta <b>\$2,500 por año</b> por servicios integrales y preventivos, <b>sin una red obligatoria</b>. Esta asignación estará disponible</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de diagnóstico</li> <li>• Servicios de restauración</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Extracciones</li> <li>• Prostodoncia</li> <li>• Otra cirugía oral/maxilofacial</li> </ul> <p>Esta no es una lista exhaustiva de los servicios dentales cubiertos.</p> <p>Este beneficio de asignación odontológica no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>una Tarjeta Mastercard Prepaid Flex y podrá usarse con el proveedor odontológico de su elección.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	<p>para su uso en una Tarjeta Mastercard Prepaid Flex y podrá usarse con el proveedor odontológico de su elección.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>
<p><b>Servicios para la vista</b> Los exámenes de la vista de rutina y las compras de anteojos no se aplican al máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Exámenes de la vista de rutina</b> \$0 de copago por examen.</p> <p><b>Beneficios para lentes/anteojos</b> eternalHealth pagará hasta \$200 por año para anteojos. Pueden utilizarse para armazones, cristales, lentes de contacto o reemplazos de anteojos.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	<p><b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Exámenes de la vista de rutina</b> Este beneficio no está cubierto fuera de red.</p>
<p><b>Servicios de salud mental y por abuso de sustancias</b> Se requiere autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internados.</p>	<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Consultas de terapia individual (Psicólogo u otro profesional médico)</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Consultas de terapia ambulatoria grupal (Psicólogo u otro profesional médico)</b> 20% de coseguro.</p>	<p><b>Atención de salud mental para pacientes internados</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Consultas de terapia individual (Psicólogo u otro profesional médico)</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Consultas de terapia ambulatoria grupal (Psicólogo u otro profesional médico)</b> 50% de coseguro.</p>

	<p><b>Consultas de adherencia a la medicación</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b> 20% de coseguro.</p>	<p><b>Consultas de adherencia a la medicación</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Servicios del programa de tratamiento de opioides</b> 50% de coseguro.</p>
<p><b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> Se requiere autorización previa para un SNF. No requiere hospitalización previa.</p>	Definido por Medicare.	Definido por Medicare.
<p><b>Terapia ocupacional, física y del habla</b> Se requiere autorización previa para FT, TO y TH.</p> <p>Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para estos servicios.</p>	\$30 de copago por consulta.	50% de coseguro.
<p><b>Servicios de ambulancia</b> Este plan lo cubre para el traslado en ambulancia.</p> <p>Se requerirá autorización previa para los servicios de Medicare sin carácter de urgencia.</p> <p>Este plan también lo cubre para traslado de emergencia en todo el mundo. Si paga los costos usted mismo al principio, por lo general fuera de los Estados Unidos, puede presentar un reclamo y le reembolsaremos.</p>	20% de coseguro.	50% de coseguro.
<p><b>Transporte</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>Viajes hacia y desde lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico o la farmacia. \$0 de copago: viajes ilimitados.</p> <p>Los viajes se pueden programar previamente o reservar a pedido. Las formas de transporte incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uber y Lyft</li> <li>• Vehículos con capacidad de oxígeno</li> <li>• Camionetas para sillas de ruedas</li> <li>• Servicios de camillas</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancias/servicios de soporte vital sin carácter de emergencia</li> <li>• ¡Y más!</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	
<p><b>Medicamentos recetados de la Parte B</b></p> <p>Puede ser necesaria una autorización previa para ciertos medicamentos recetados de la Parte B.</p> <p>Generalmente, los medicamentos de la Parte B no son medicamentos que se autoadministran. Estos medicamentos se pueden administrar en el consultorio de un médico como parte de un servicio médico. En un hospital ambulatorio, la cobertura se limita generalmente a los medicamentos que se administran por infusión o inyección.</p>	20% de coseguro.	50% de coseguro.

**Este plan no ofrece medicamentos recetados de la Parte D.**

## Mis beneficios y servicios adicionales cubiertos

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de telesalud</b> Médico de atención primaria (PCP) y servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare. Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio. Consulte la disponibilidad directamente con su PCP o especialista.	\$0 de copago por servicio.	Este beneficio no está cubierto fuera de red.
<b>Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</b>	\$20 de copago por acupuntura cubierta por Medicare.	50% de coseguro por acupuntura cubierta por Medicare.
<b>Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare</b> Necesitará una derivación de su proveedor de atención primaria (PCP) para estos servicios.	\$20 de copago por consulta.	50% de coseguro.
<b>20 consultas adicionales de acupuntura y quiropráctica</b> Estas consultas adicionales para servicios de acupuntura o quiropráctica son servicios no cubiertos por Medicare.  Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	\$20 de copago por consulta.	50% de coseguro.
<b>Servicios de tratamiento de enfermedades renales</b>	<b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b> 20% de coseguro. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio hospitalario.  <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b> 20% de coseguro.	<b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b> 50% de coseguro. La diálisis recibida como paciente hospitalizado estará cubierta por su beneficio hospitalario.  <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b> 50% de coseguro.
<b>Cuidado del pie (servicios de podología)</b>	20% de coseguro	50% de coseguro.

<p>Se requiere autorización previa para consultas que no sean de rutina.</p>		
<p><b>Equipo médico duradero (DME) y dispositivos protésicos</b></p>	<p><b>Productos DME básicos y avanzados cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p>	<p><b>Productos DME básicos y avanzados cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro.</p>
<p><b>Suministros para la diabetes</b> Se requiere autorización previa para suministros para la diabetes.</p>	<p><b>Suministros para la diabetes cubiertos por Medicare</b></p> <p><b>Tiras reactivas</b> Usted paga 20% de coseguro por tiras reactivas de marca preferida (LifeScan y Roche). Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga el 20% de coseguro.</p> <p><b>Monitores continuos de glucosa</b> Usted paga el 20% de coseguro por los monitores continuos de glucosa (CGM) de marca preferida (Dexcom y Freestyle Libre) cubiertos por Medicare cuando los solicita un médico y se surten en una farmacia de la red.</p> <p>Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga el 20% del coseguro por los suministros para la diabetes a los que se accede en redes que no son de farmacias (es decir, proveedores de equipos médicos duraderos [DME]).</p> <p><b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b> Para otros suministros para pruebas de glucosa en sangre (por ejemplo, lancetas, solución de control de glucosa, etc.), usted paga 20% de coseguro.</p>	<p><b>Suministros para la diabetes cubiertos por Medicare</b></p> <p><b>Tiras reactivas</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Monitores continuos de glucosa</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b> 50% de coseguro.</p> <p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b> 50% de coseguro.</p>

	<b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.	
<b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b> Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca.	<b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b> 20% de coseguro.  <b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> 20% de coseguro.	<b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b> 50% de coseguro.  <b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> 50% de coseguro.
<b>Exámenes físicos anuales</b>	\$0 de copago por examen.	Sin cobertura.
<b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	<p>\$75 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Esta cantidad no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	
<b>SSBCI de alimentos saludables</b> Los afiliados que padecen diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) son elegibles para usar su beneficio de venta libre estándar de \$75 combinado con un beneficio adicional de \$50 cada tres meses para un beneficio de alimentos y vegetales saludables o productos de venta libre.  Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).  <i>Este beneficio es para afiliados que cumplen con los requisitos. No todos los afiliados serán elegibles para este beneficio.</i>	<p>\$50 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Esta cantidad no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>	

<p><b>Acondicionamiento físico</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda a los afiliados acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos en línea para acondicionamiento físico y kits para el hogar. eternalHealth cubre el costo total de este beneficio.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>
<p><b>Asistencia domiciliaria</b> Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>La asistencia de apoyo a domicilio a través de Papa incluye 60 horas anuales para servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavado de ropa</li> <li>• Asistencia técnica: aprender servicios de telesalud para conectarse con médicos, acceder a portales de planes de salud, instalar dispositivos</li> <li>• Ejercicio y actividad: apoyo para caminar o andar en bicicleta</li> <li>• Servicios virtuales</li> </ul> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>
<p><b>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)</b>  Este beneficio no se aplica a su máximo de gastos de bolsillo (MOOP).</p>	<p>eternalHealth ofrece una suscripción mensual totalmente cubierta para las opciones PERS de reloj inteligente LTE, LTE móvil y en el hogar.</p> <p>Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p>

## **Aviso de no discriminación: La discriminación es ilegal**

eternalHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo. eternalHealth no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión o sexo.

### **eternalHealth:**

- Ofrece asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para los miembros de eternalHealth al **1-800-680-4568 (TTY 711)**

Si cree que eternalHealth no cumplió con estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante:

#### **eternalHealth (correo postal)**

eternalHealth, Inc.  
eH Privacy Officer  
C/O Appeals & Grievances  
PO Box 1377  
Westborough, MA 01581

#### **eternalHealth (teléfono/fax)**

**Número de teléfono local:** 617-684-2348 (TTY 711)  
**Número de teléfono gratuito:** 1-800-680-4568 (TTY 711)  
**Fax:** 1-866-326-1073

#### **eternalHealth (en persona)**

eternalHealth, Inc.  
31 St. James Ave, Suite 950  
Boston, MA 02116

Puede presentar un reclamo en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, el Servicio para los miembros de eternalHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una denuncia de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de la Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

#### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Teléfono: 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



## Servicios de interpretación multilingüe

**Inglés:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-680-4568 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Español:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-680-4568 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chino mandarín:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-680-4568 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chino cantonés:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-680-4568 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalo:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-680-4568 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**Francés:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-680-4568 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamita:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-680-4568 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**Alemán:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-680-4568 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Coreano:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-680-4568 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Ruso:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-680-4568 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Árabe:** للحصول على مترجم، إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا لهذه خدمة. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. (1-800-680-4568, TTY: 711) فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-680-4568 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Italiano:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-680-4568 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Português:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-680-4568 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**Francés criollo:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-680-4568 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polaco:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-680-4568 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Japonés:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-680-4568 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Formulario de CMS-10802  
(Vence el 31/DIC/2025)

Formulario aprobado  
de la OMB n.º 0938-1421