



Resumen de beneficios para 2026

eternalHealth Forever (HMO)

**La próxima generación
de Medicare Advantage**

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 Forever HMO de eternalHealth. La información contenida en este documento abarca el periodo anual del plan comienza el 1 de enero de 2026 y finaliza el 31 de diciembre de 2026.

¿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 los condados de Bristol, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk o Worcester en Massachusetts.

¿Cubre este plan mis necesidades actuales de atención médica?

Para conocer si este plan cubre sus medicamentos con receta, médicos y farmacias actuales, visítenos en www.eternalhealth.com y vea nuestras herramientas y directorios en línea. 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 & You** es un gran recurso y se puede encontrar en 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 médica.

¿Qué es un coseguro?

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

¿Dónde puedo encontrar más información?

Si desea obtener más información, consulte la evidencia de cobertura de eternalHealth en www.eternalhealth.com, bajo la sección "Member Resources" (recursos para miembros).

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.

Prima mensual, deducible y máximo de gastos de bolsillo

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Prima mensual Usted debe continuar pagando la prima de la parte B.	\$0
Reducción de la parte B (Give Back)	Este plan no ofrece una reducción de la parte B.
Deducibles y máximo de gastos de bolsillo	
Deducible médico	Este plan no cuenta con un deducible médico.
Deducible de farmacia (parte D)	Categorías 1, 2 y 3 \$0 de deducible. Categorías 4 y 5 \$250
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo <i>Esta es la cantidad máxima que usted pagará durante el período anual del plan en concepto de copagos, coseguro, servicios médicos, suministros y medicamentos cubiertos de la parte B. No aplican los gastos de bolsillo para medicamentos con receta y otros beneficios.</i>	\$5,000

Mis beneficios y servicios médicos y hospitalarios cubiertos

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Servicios hospitalarios para pacientes externos e internados	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados Se requiere autorización previa.	\$300 de copago al día en los días 1 a 5. \$0 de copago al día en los días 6 a 90. \$0 de copago al día en los días 91+.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Se requiere autorización previa.	Colonoscopia de diagnóstico \$0 de copago en cualquier sitio dentro de la red. Servicios hospitalarios para pacientes externos \$325 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos.
Observación hospitalaria para pacientes externos	Usted paga \$325 de copago por estadía.
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Colonoscopia de diagnóstico 0% de copago si se realiza en un ASC. Centro quirúrgico ambulatorio \$225 de copago por cirugías realizadas en un ASC.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Visitas al consultorio del médico	
Consultas médicas	Consultas al proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): \$0 de copago por consulta. Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta.
Atención preventiva	\$0 de copago por prestación de servicio. Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Exámenes cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible)* • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Prueba de detección de VIH • Servicios de terapia nutricional médica • Detección de la obesidad y asesoramiento • Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA) • Detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis, LDCT) • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas contra la gripe, vacunas neumocócicas, vacunas contra la hepatitis B (pueden aplicarse restricciones) • Consulta preventiva de bienvenida a Medicare (una sola vez) • Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año calendario.

eternalHealth Forever (HMO)
H1280-001

Servicios de emergencia

Atención de emergencia	\$125 de copago por consulta.
	Su copago se exime si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas.
	Su plan también incluye cobertura mundial para atención de emergencia hasta \$25,000 por año calendario. Usted debe pagar el costo de su bolsillo y luego presentarlo al plan para obtener el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Servicios de urgencia	\$0 de copago por servicios de urgencia relacionados con el PCP.
	\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro de atención sin cita previa.
	Su plan incluye cobertura para atención de urgencia en todo el mundo. Usted debe pagar el costo de su bolsillo y luego presentarlo al plan para obtener el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes

Radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) Se requiere autorización previa.	\$100 de copago para ecografías. \$250 para todos los demás diagnósticos radiológicos para pacientes externos, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas y tomografías por emisión de positrones.
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Se requiere autorización previa.	\$0 de copago por prestación de servicio en un consultorio. \$10 de copago por prestaciones servicios en un laboratorio independiente.
Servicios de laboratorio Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo.	\$0 de copago para análisis de laboratorio realizados en un consultorio. \$10 de copago en un laboratorio independiente.
Radiografía para pacientes externos	\$10 de copago por prestación de servicio.

Servicios para la audición

Exámenes de audición cubiertos por Medicare	\$25 de copago por examen.
Exámenes de audición de rutina <i>Una (1) consulta por año.</i>	Copago de \$0 por examen con un proveedor de NationsHearing.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Audífonos <i>Hasta dos (2) audífonos por año. Un (1) audífono por oído, por año.</i> Debe utilizar un proveedor de NationsHearing para todos los exámenes de audición de rutina y la compra de audífonos. No hay cobertura para proveedores fuera de la red.	Copago de \$595 según su selección a través de NationsHearing. Copago de \$895 según su selección a través de NationsHearing.
Servicios odontológicos	
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	\$25 de copago por prestación de servicio.
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	Servicios preventivos e integrales: \$2,500 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Con este plan, recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio y podrá usarse para cualquier proveedor dental que acepte Mastercard®. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Servicios para la vista	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	\$25 de copago por examen.
Anteojos después de la cirugía de cataratas (anteojos estándar cubiertos por Medicare)	\$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.
Exámenes de rutina de la vista	\$0 de copago por examen con un proveedor de EyeMed.
Beneficios para lentes/anteojos (para anteojos cubiertos, usted paga cualquier saldo que exceda el límite anual)	Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed. Debe utilizar un proveedor de EyeMed para recibir un examen oftalmológico de rutina y la asignación para anteojos. No hay cobertura para proveedores fuera de la red.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Servicios de salud mental	
Atención de salud mental para pacientes internados <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$300 de copago al día en los días 1 a 5. \$0 de copago al día en los días 6 a 90. \$0 de copago al día en los días 91+. Existe un límite de por vida de Medicare de 190 días para la atención en un hospital psiquiátrico independiente, tanto para servicios dentro como fuera de la red. Consulte la evidencia de cobertura para obtener información importante adicional.
Atención de salud mental para pacientes externos	\$0 a \$25 de copago por consulta. Copago de \$0 por visitas breves al consultorio con el único propósito de monitorear o cambiar medicamentos. Copago de \$25 por visitas de terapia individual o grupal.
Servicios del programa de tratamiento por opioides	\$25 de copago por prestación de servicio.
Servicios adicionales	
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) <i>Se requiere autorización previa. No se requiere hospitalización previa.</i>	\$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100.
Terapia ocupacional, física y del habla	\$30 de copago por consulta.
Servicios de ambulancia <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i>	\$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea. Este plan también cubre el transporte de emergencia en todo el mundo. Usted debe pagar de su bolsillo y presentarlo al plan para obtener el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Transporte	Usted paga un copago de \$0 por 36 viajes de ida con un máximo de 60 millas por viaje desde y hacia lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico, citas con el dentista o la farmacia. Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan para que estén cubiertos. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Medicamentos con receta de la parte B Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos de la parte B. <u>Los medicamentos de la parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado.</u> Categorías de medicamentos de tratamiento escalonado de la parte B: • Asma • Bevacizumab • Inhibidores de la reabsorción ósea • Factores estimulantes de colonias • Inyecciones oculares • Hipercolesterolemia familiar • Gota • Inmunoglobulinas • Náuseas • Neurotoxinas • Pemetrexed • Pertuzumab • Rituximab • Trastuzumab • <u>Viscosuplementos</u> Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com. Estos medicamentos con receta están cubiertos por la parte B y no por el Programa de Medicamentos con Receta de Medicare (Medicare Prescription Drug Program).	0 a 20% de coseguro. 20% de coseguro con un copago máximo por mes de \$35 para insulinas de la parte B. Se aplicarán copagos menores según lo exige la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA).

Mis beneficios de medicamentos con receta

Hay tres etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos con receta bajo el plan eternalHealth Forever (HMO). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Las etapas son las siguientes:

Etapas 1: Etapa del deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Para obtener más información, llame a los servicios farmacéuticos para los miembros al 1-800-891-6989 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por insulina: no pagará más de \$35 por un mes de suministro de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué categoría de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

Etapa de deducible

Después de que usted paga su deducible anual (para ciertas categorías), nuestro plan empieza a cubrir algunos de sus gastos. No hay deducibles en las categorías 1, 2 y 3, por lo que usted pagará esos copagos. Las categorías 4 y 5 tienen el deducible que se detalla a continuación.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Deducible para categorías 1, 2 y 3	\$0
Deducible para categorías 4 y 5	\$250

Etapa de cobertura inicial

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el importe total de los medicamentos con receta que usted y el plan pagan alcance los \$2,100.

Costo compartido minorista	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001		
Categoría de medicamento	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días
Categoría 1 (genéricos preferenciales)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Categoría 3 (marcas preferenciales)	23% de coseguro	23% de coseguro	23% de coseguro
Categoría 4 (medicamentos no preferenciales)	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Categoría 5 (medicamentos de especialidad)	30% de coseguro	N/C	N/C

Costo compartido de pedidos por correo	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001		
Categoría de medicamento	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días
Categoría 1 (genéricos preferenciales)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 (genéricos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Categoría 3 (marcas preferenciales)	23% de coseguro	23% de coseguro	23% de coseguro
Categoría 4 (medicamentos no preferenciales)	40% de coseguro	40% de coseguro	40% de coseguro
Categoría 5 (medicamentos de especialidad)	30% de coseguro	N/C	N/C

Nota: los costos pueden ser diferentes según el tipo de farmacia, como pedido por correo, en centros de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) o infusión domiciliaria y según la cantidad de días de suministro: 30, 60 o 100 días.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas

Usted califica para la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado los \$2,100. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por un medicamento cubierto de la parte D durante el resto del año calendario.

Mis beneficios y servicios adicionales cubiertos

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Servicios de telesalud <i>Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio.</i>	\$0 de copago por prestación de servicio.
Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare	\$20 de copago por consulta.
Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare	\$15 de copago por consulta.
Servicios de tratamiento de enfermedades renales	Tratamiento de diálisis (consultas en centros y en clínicas): 20% de coseguro por prestación de servicio. Servicios de educación sobre enfermedades renales: \$0 de copago por prestación de servicio.
Atención del pie (servicios de podología)	\$35 de copago por prestación de servicio.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos protésicos Se requiere autorización previa.	20% de coseguro.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros para diabéticos Se requiere autorización previa para suministros para la diabetes y se aplican límites de cantidad. Productos preferenciales a través del beneficio de farmacia: Tiras reactivas: Roche (Accu-Chek) y Ascencia (Contour) están cubiertos con autorización previa y límites de cantidad. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM): Abbott (Freestyle Libre) y Dexcom están cubiertos con autorización previa y límites de cantidad. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada.	Tiras reactivas: Usted paga un 0% de coseguro por las tiras de prueba de marcas preferenciales. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga un 20% de coseguro. Monitores continuos de glucosa: Paga el 0% de coseguro por los monitores continuos de glucosa de marca preferencial cubiertos por Medicare cuando los solicita un médico y se surten en una farmacia de la red. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga un 20% de coseguro. Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre 20% de coseguro Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare 20% de coseguro. Capacitación para el autocontrol de la diabetes No hay coseguro, copago ni deducible para la capacitación en autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca: \$0 de copago. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) \$25 de copago.
Exámenes físicos anuales	\$0 de copago por examen.
Artículos de venta libre (OTC)	\$60 por trimestre calendario (cada tres meses). Este importe no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de artículos de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través del portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes. Con este plan recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Compras de SSBCI* <i>Los miembros que padecen diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal crónica (ERC) son elegibles para usar su beneficio de artículos de venta libre (OTC) estándar de \$60 combinado con un beneficio adicional de \$75 cada tres meses para un beneficio de alimentos y productos agrícolas o de artículos de venta libre.</i> <i>*Este beneficio es para miembros que cumplen con los requisitos. No todos los miembros serán elegibles para este beneficio.</i>	\$75 por trimestre calendario. Este importe no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de artículos de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través del portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes. Con este plan, recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio si es elegible. Para obtener más información, consulte la evidencia de cobertura.
Billetera de gastos médicos	Billetera de gastos médicos \$200 por trimestre calendario (cada tres meses) para pagar gastos por costos médicos compartidos, como análisis de laboratorio y radiografías. Para obtener una descripción completa de este beneficio, consulte la evidencia de cobertura. Con este plan recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio.
Asistencia domiciliaria	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. La asistencia domiciliaria por medio de Papa incluye 60 horas anuales para servicios como: • Tareas del hogar – limpieza ligera, organización, lavado de ropa • Asistencia técnica – aprender a usar servicios de telesalud para conectarse con médicos, acceder a portales de planes de salud, instalar dispositivos • Ejercicio y actividad – apoyo para caminar o andar en bicicleta

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Acondicionamiento físico	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. OnePass ofrece un beneficio de acondicionamiento físico sólido y flexible, que brinda a los miembros acceso a varios gimnasios, gimnasios boutique, videos de acondicionamiento físico en línea y un programa de entrenamiento mental personalizado, en línea, para mejorar la salud cognitiva. Los miembros también pueden optar por recibir un kit para el hogar si prefieren hacer ejercicio en casa. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Para obtener más información, consulte la evidencia de cobertura.
Alimentos: posterior a la hospitalización	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. Después de recibir el alta de una estadía en un hospital, puede ser elegible para recibir hasta dos semanas (28 alimentos) de comidas nutritivas y completamente preparadas enviadas a su hogar para ayudarlo a recuperarse de su enfermedad/lesiones o controlar sus afecciones. Tras su alta, nuestro equipo de gestión de la atención coordinará su beneficio de alimentación. (Un gerente de atención de eternalHealth debe solicitar los alimentos). Si se cumplen los criterios, un proveedor aprobado por el plan preparará y entregará las comidas en su domicilio sin costo alguno para usted.
Sistema personal de respuesta a emergencias (Personal Emergency Response Device, PERS)	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. eternalHealth ofrece una suscripción mensual totalmente cubierta para las opciones PERS en el hogar, en móviles LTA y en relojes inteligentes LTE. Para obtener más información, consulte el capítulo 4, sección 2.1 de la evidencia de cobertura (Evidence of Coverage. EOC). Puede encontrar la EOC en nuestro sitio web: 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 (Evidence of Coverage, 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 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.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para adquirir cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, lo más probable es que deba escoger una nueva farmacia para sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Entender las normas importantes

- ☐ Debe seguir pagando su prima de la parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas, los copagos y los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ Algunos beneficios y servicios pueden requerir autorización previa.

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 eficaz con nosotros, como:

- Intérpretes cualificados de lengua 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 cualificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con los 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)

Attention: Compliance & Privacy
31 St. James Avenue Suite 950
Boston, MA 02116

eternalHealth (teléfono/fax)

Número de teléfono local: 617-693-7391
Número gratuito: 1-800-680-4568
TTY: 711
Fax: 866-395-8219

eternalHealth (correo electrónico)

compliance@eternalhealth.com

Puede interponer un reclamo en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para interponer un reclamo, el Departamento de Cumplimiento (Compliance) de eternalHealth está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), electrónicamente por medio del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono en:

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: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>

Aviso de disponibilidad

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** or speak to your provider.

Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** o hable con su proveedor.

台語

注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** 或與您的提供者討論。

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** o makipag-usap sa iyong provider.

Français

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** ou parlez à votre fournisseur.

Việt

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie **1 (800) 680-4568 (TTY 711)** an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider

한국어

주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. **1 (800) 680-4568 (TTY 711)**번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1 (800) 680-4568 (TTY 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا 1 (800) 680-4568 (TTY 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1 (800) 680-4568 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Italiano

ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l' 1 (800) 680-4568 (TTY 711) o parla con il tuo fornitore.

Português do Brasil

ATENÇÃO: Se você fala [inserir idioma], serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1 (800) 680-4568 (TTY 711) ou fale com seu provedor.

Kreyòl Ayisyen

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1 (800) 680-4568 (TTY 711) oswa pale avèk founisè w la.

Polski

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1 (800) 680-4568 (TTY 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

日本語

注：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1 (800) 680-4568 (TTY 711) までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。



eternalHealth es un plan HMO con un contrato de Medicare para ofertas de HMO y PPO. La inscripción en eternalHealth 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.