



Resumen de beneficios para 2026

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS)

**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 Valor Give Back (HMO-POS) 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 el condado de Graham, Maricopa, Pima o Pinal en Arizona.

¿Cubre este plan mis necesidades actuales de atención médica?

Este plan no ofrece medicamentos con receta de la parte D; para obtener más información, visítenos en 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 & 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.

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
Prima mensual	\$0	
Reducción de la parte B de Medicare (Give Back)	Se reduce hasta \$100 por mes de su prima de la parte B.	
Deducible médico	Este plan no cuenta con un deducible.	
Deducible de farmacia (parte D)	Este plan no ofrece medicamentos con receta de la parte D.	
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo 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.	\$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
Cobertura hospitalaria para pacientes internados Se requiere autorización previa.	En cada período de beneficios, usted paga: - Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. - Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. - Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). Estos son los importes de costo compartido de Medicare para 2025. eternalHealth los actualizará con los importes de 2026 lo antes posible, una vez que se hayan publicado.	En cada período de beneficios, usted paga: - Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. - Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. - Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). Estos son los importes de costo compartido de Medicare para 2025. eternalHealth los actualizará con los importes de 2026 lo antes posible, una vez que se hayan publicado.

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Se requiere autorización previa únicamente para servicios hospitalarios para pacientes externos.	Colonoscopia de diagnóstico 20% de coseguro. Servicios hospitalarios para pacientes externos 20% de coseguro. Estadías en observación 20% de coseguro.	Colonoscopia de diagnóstico 50% de coseguro. Servicios hospitalarios para pacientes externos 50% de coseguro. Estadías en observación 50% de coseguro.
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC) Se requiere autorización previa.	Colonoscopia de diagnóstico 20% de coseguro si se realiza en un ASC. Centro quirúrgico ambulatorio 20% de coseguro por cirugías realizadas en un ASC.	Colonoscopia de diagnóstico 50% de coseguro si se realiza en un ASC. Centro quirúrgico ambulatorio 50% de coseguro por cirugías realizadas en un ASC.
Consultas médicas Se requiere una derivación para consultas a especialistas.	Consultas al proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): \$0 de copago por consulta. Consultas a especialistas: \$0 de copago por consulta.	Consultas al proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): \$0 de copago por consulta. Consultas a especialistas: \$25 de copago por consulta.
Atención preventiva	Usted abona \$0 de copago por prestación de servicio.	Usted abona \$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 Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de emergencia		
Atención de emergencia	20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por cada consulta.	20% de coseguro hasta un máximo de \$125 por cada 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. Tendrá que pagar de su bolsillo y luego solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	
Servicios de urgencia	20% de coseguro hasta un máximo de \$50 por cada consulta.	20% de coseguro hasta un máximo de \$50 por cada consulta.
	Su plan también incluye cobertura mundial para servicios de urgencia. Tendrá que pagar de su bolsillo y luego solicitar 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.	20% de coseguro	50% de coseguro
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Se requiere autorización previa.	20% de coseguro	50% de coseguro

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de laboratorio Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo.	20% de coseguro	50% de coseguro
Radiografía para pacientes externos	20% de coseguro	50% de coseguro
Servicios para la audición		
Exámenes de audición cubiertos por Medicare	20% de coseguro.	50% de coseguro.
Exámenes de audición de rutina Una (1) consulta por año.	Copago de \$0 por examen con un proveedor participante de NationsHearing.	Sin cobertura.
Audífonos Hasta dos (2) audífonos por año. Un (1) audífono por oído, por año.	Copago de \$595 según su selección a través de NationsHearing. Copago de \$895 según su selección a través de NationsHearing. La compra de audífonos incluye: • Primer año de consultas de seguimiento con el proveedor para la adaptación y los ajustes • 2 años de servicio de la batería • 3 años de garantía en caso de pérdida, reparación o daños Debe utilizar un proveedor de NationsHearing para obtener este beneficio. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Sin cobertura.
Servicios odontológicos		
Servicios odontológicos limitados cubiertos por Medicare	20% de coseguro.	50% de coseguro.

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	\$2,500 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Esta asignación estará disponible para su uso en su tarjeta de beneficios eternalPlus y podrá usarse en el proveedor dental de su elección. No hay restricciones ni limitaciones. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	\$2,500 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Esta asignación estará disponible para su uso en su tarjeta de beneficios eternalPlus y podrá usarse en el proveedor dental de su elección. No hay restricciones ni limitaciones. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Servicios para la vista		
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	20% de coseguro.	50% de coseguro.
Anteojos después de la cirugía de cataratas (Anteojos estándar cubiertos por Medicare)	20% de coseguro para un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.	50% de coseguro para un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.
Exámenes de la vista de rutina Una (1) consulta por año.	\$0 de copago por examen con un proveedor participante de EyeMed.	Sin cobertura.
Anteojos Para los 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.	Sin cobertura.
Servicios de salud mental		
Servicios de salud mental para pacientes externos	20% de coseguro	50% de coseguro
Servicios del programa de tratamiento por opioides	20% de coseguro	50% de coseguro

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de salud mental (continuación)		
Atención de salud mental para pacientes internados Se requiere autorización previa. Estos son los importes de costo compartido de Medicare para 2025. eternalHealth los actualizará con los importes de 2026 lo antes posible, una vez que se hayan publicado. 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.	En cada período de beneficios, usted paga: • Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. • Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. • Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). Estos son los importes de costo compartido de Medicare para 2025. eternalHealth los actualizará con los importes de 2026 lo antes posible, una vez que se hayan publicado.	En cada período de beneficios, usted paga: • Días 1 a 60 (de cada período de beneficios): \$0 después de alcanzar el deducible de la parte A. • Días 61 a 90 (de cada período de beneficios): \$419 cada día. • Después del día 90 (de cada período de beneficios): \$838 cada día por cada día de reserva de por vida (hasta 60 días a lo largo de su vida). Estos son los importes de costo compartido de Medicare para 2025. eternalHealth los actualizará con los importes de 2026 lo antes posible, una vez que se hayan publicado.
Servicios adicionales		
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) Se requiere autorización previa. No se requiere una hospitalización previa.	\$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$209.50 de copago al día en los días 21 a 100. Después del día 100 no hay cobertura. Estos son los importes de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.	\$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$204 de copago al día en los días 21 a 100. Después del día 100 no hay cobertura. Estos son los importes de costo compartido para 2025 y pueden cambiar para 2026. eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.
Terapia ocupacional, física y del habla	\$30 de copago por consulta.	50% de coseguro.
Servicios de ambulancia Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.	20% de coseguro.	50% de coseguro.

**eternalHealth Valor Give Back
(HMO-POS)
H3551-003**

	Dentro de la red	Fuera de la red
Transporte Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Usted paga \$0 de copago por 24 viajes de ida y vuelta desde y hacia lugares relacionados con la atención médica, de hasta 60 millas en cada dirección, como sus citas con el médico, sus citas con el dentista o la farmacia. Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan.	Sin cobertura.
Medicamentos con receta de la parte B de Medicare Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos de la parte B. Los medicamentos de la parte B de Medicare pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. 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 • Viscosuplementos Este enlace lo llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com .	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). 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).	50% de coseguro. 50% 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). 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).

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios de telesalud Médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) y servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare. Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio.	\$0 de copago por prestación de servicio.	Sin cobertura.
Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare	\$20 de copago por consulta.	50% de coseguro
Acupuntura y atención quiropráctica de rutina	\$25 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina.	50% de coseguro. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina.
Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare	\$20 de copago por consulta.	50% de coseguro.
Servicios de tratamiento de enfermedades renales	20% de coseguro.	50% de coseguro.
Servicios de educación sobre enfermedades renales	20% de coseguro.	50% de coseguro.
Atención del pie (servicios de podología)	\$20 de copago por consulta.	50% de coseguro.
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos protésicos Se requiere autorización previa.	20% de coseguro.	50% de coseguro.
Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca 20% de coseguro. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) 20% de coseguro.	Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca 50% de coseguro. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) 50% de coseguro.

	eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Suministros para la diabetes Se requiere autorización previa para suministros para la diabetes y se aplican límites de cantidad. Comuníquese con los servicios para los miembros para obtener más información. Productos preferenciales a través del beneficio de farmacia: Tiras reactivas: Roche (AccuChek) 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 20% de coseguro por tiras reactivas de marca preferencial. Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, usted paga un 20% de coseguro. Monitores continuos de glucosa Usted paga un 20% de coseguro por monitores continuos de glucosa (Continuous Glucose Monitors, CGM) de marca preferencial cubiertos por Medicare cuando los indica 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 el 20% del coseguro por los suministros para la diabetes a los que se accede en redes que no son de farmacias, como, por ejemplo, proveedores de equipos médicos duraderos (Durable Medical Equipment, DME). Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre 20% de coseguro.	Tiras reactivas 50% de coseguro. Monitores continuos de glucosa 50% de coseguro. Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre 50% de coseguro.
Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare Se requiere autorización previa.	20% de coseguro.	50% de coseguro
Exámenes físicos anuales	\$0 de copago por examen.	Sin cobertura.

eternalHealth Valor Give Back (HMO-POS) H3551-003		
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 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.	Sin cobertura.
SSBCI: billetera de artículos esenciales <i>Este beneficio es para miembros que cumplen con los requisitos. No todos los miembros serán elegibles para este beneficio.</i>	Los miembros elegibles recibirán \$200 cada tres meses para usar en comestibles y productos agrícolas, servicios públicos, gasolina para automóviles y pequeñas modificaciones de seguridad en el hogar y el baño. Este importe no se transfiere de trimestre a trimestre. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información. Pueden ser elegibles los miembros que padecen diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal crónica (ERC).	
Programas de salud y bienestar: 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 reciben \$250 al año en su tarjeta de beneficios eternalPlus que puede usarse para pagar rastreadores de actividad física, equipos de gimnasio para el hogar, como bicicletas fijas y pesas, tarifas para jugar golf, tenis y <i>pickleball</i>. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	

Este plan no cubre medicamentos con receta de la parte D.

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 2026
- ☐ 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 serbisyong 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.