



Resumen de beneficios para 2026

eternalHealth Freedom (PPO)

eternalHealth Give Back (PPO)

**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 los planes Freedom y Give Back PPO 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 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 nuestra lista de medicamentos y nuestro directorio 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. y sábados, de 10 a.m. a 2 p.m.

Mi prima mensual, deducible y máximo de gastos de bolsillo

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Prima mensual <i>Usted debe continuar pagando la prima de la parte B.</i>	\$0	\$0
Reducción de la parte B (Give Back)	Este plan no ofrece una reducción de la parte B.	Se reduce hasta \$60 por mes de su prima de la parte B.
Deducibles y máximo de gastos de bolsillo		
Deducible médico	Este plan no cuenta con un 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 \$185 de deducible.	Categorías 1, 2 y 3 \$0 de deducible. Categorías 4 y 5 \$350 de deducible.
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>	\$6,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$9,500 por servicios que recibe de proveedores fuera de la red y de proveedores dentro de la red combinados.	\$6,500 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. \$10,000 por servicios que recibe de proveedores fuera de la red y de proveedores dentro de la red combinados.

Mis beneficios y servicios médicos y hospitalarios cubiertos

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios hospitalarios para pacientes externos e internados		
Cobertura hospitalaria para pacientes internados Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red: \$370 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+. Fuera de la red: 30% de coseguro por estancia.	Dentro de la red: \$390 de copago al día en los días 1 a 6. \$0 de copago al día en los días 7 a 90. \$0 de copago al día en los días 91+. Fuera de la red: 30% de coseguro por estancia.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Se requiere autorización previa dentro de la red para cirugía para pacientes externos realizada en un centro hospitalario.	Dentro de la red: Colonoscopia de diagnóstico \$0 de copago en cualquier sitio dentro de la red. Servicios hospitalarios para pacientes externos \$350 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos. Estadías en observación \$350 de copago por estadía. Visita a clínica hospitalaria para pacientes externos: \$0 de copago por consulta. Fuera de la red: Visitas a clínicas hospitalarias para pacientes ambulatorios: Usted paga un copago de \$50 por consulta. Para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos, usted paga un coseguro del 20% por servicio.	Dentro de la red: Colonoscopia de diagnóstico \$0 de copago en cualquier sitio dentro de la red. Servicios hospitalarios para pacientes externos \$350 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos. Estadías en observación \$350 de copago por estadía. Visita a clínica hospitalaria para pacientes externos: \$35 de copago por consulta. Fuera de la red: Visita a clínica hospitalaria para pacientes externos: Usted paga un copago de \$50 por consulta. Para todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos, usted paga un coseguro del 20% por servicio.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Dentro de la red y fuera de la red: Colonoscopia de diagnóstico 0% de copago si se realiza en un ASC. Dentro de la red: Centro quirúrgico ambulatorio \$250 de copago por cirugía realizada en un ASC. Fuera de la red: Servicios del centro quirúrgico ambulatorio 20% de coseguro por prestación de servicio.	Dentro de la red y fuera de la red: Colonoscopia de diagnóstico 0% de copago si se realiza en un ASC. Dentro de la red: Centro quirúrgico ambulatorio \$250 de copago por cirugía realizada en un ASC. Fuera de la red: Servicios del centro quirúrgico ambulatorio 20% de coseguro por prestación de servicio.
Visitas al consultorio del médico		
Consultas médicas	Consultas al proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): Dentro de la red: \$0 de copago por consulta. Fuera de la red: \$0 de copago por consulta. Consultas a especialistas: Dentro de la red: \$0 de copago por consulta. Fuera de la red: \$20 de copago por consulta.	Consultas al proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP): Dentro de la red: \$0 de copago por consulta. Fuera de la red: \$0 de copago por consulta. Consultas a especialistas: Dentro de la red: \$0 de copago por consulta. Fuera de la red: \$20 de copago por consulta.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Atención preventiva	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio.	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio.
	Fuera de la red: \$0 de copago por prestación de servicio.	Fuera de la red: \$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 Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios de emergencia		
Atención de emergencia	Dentro de la red: \$125 de copago por consulta.	Dentro de la red: \$100 de copago por consulta.
	Fuera de la red: \$125 de copago por consulta.	Fuera de la red: \$100 de copago por consulta.
	Su copago se exime si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de estabilizada la afección de emergencia, debe hacer que el plan autorice la atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red y el costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Su plan 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	Dentro de la red y fuera de la red: \$0 de copago por servicios de urgencia relacionados con el PCP.	Dentro de la red: \$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.	\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro de atención sin cita previa. Fuera de la red: \$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 mundial de servicios de urgencia. 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.	

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes		
Radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas) Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red: \$100 de copago para ecografías. \$250 de copago para exploraciones por tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones para pacientes externos. Fuera de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio.	Dentro de la red: \$80 de copago para ecografías. \$300 de copago para exploraciones por tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones para pacientes externos. Fuera de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio.
Servicios radiológicos terapéuticos Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$60 por la radioterapia cubierta por Medicare, incluidos los materiales y suministros del técnico. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20 %.	Dentro de la red: Usted paga un copago de \$60 por la radioterapia cubierta por Medicare, incluidos los materiales y suministros del técnico. Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20 %.
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio en un consultorio. \$10 de copago por prestación de servicio en un centro independiente. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio en un consultorio. \$20 de copago por servicio en un laboratorio independiente. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.
Servicios de laboratorio Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio en un consultorio. \$10 de copago por prestaciones servicios en un laboratorio independiente. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.	Dentro de la red: \$0 de copago por prestación de servicio en un consultorio. \$20 de copago por servicio en un laboratorio independiente. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Radiografía para pacientes externos	Dentro de la red: \$15 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.	Dentro de la red: \$20 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: 20% de coseguro por consulta.
Servicios odontológicos		
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago.	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	Servicios preventivos e integrales: \$2500 de asignación anual. eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Servicios preventivos e integrales: \$2000 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2,000 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Servicios para la audición		
Exámenes de audición cubiertos por Medicare	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.
Exámenes de audición de rutina Una (1) consulta por año.	Dentro de la red: Copago de \$0 por examen con un proveedor de NationsHearing. Fuera de la red: Copago de \$50 con un proveedor de audición fuera de la red (que no sea NationsHearing).	Dentro de la red: Copago de \$0 por examen con un proveedor de NationsHearing. Fuera de la red: Copago de \$50 con un proveedor de audición fuera de la red (que no sea NationsHearing).

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Audífonos Hasta dos (2) audífonos por año. Un (1) audífono por oído, por año.	Dentro de la red: 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 para ajustes y adaptaciones • 2 años de servicio de la batería • 3 años de garantía en caso de pérdida, reparación o daños Fuera de la red Copago de \$595 según su selección a través de NationsHearing. Copago de \$895 según su selección a través de NationsHearing.	Dentro de la red: 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 para ajustes y adaptaciones • 2 años de servicio de la batería • 3 años de garantía en caso de pérdida, reparación o daños 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	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.	Dentro de la red: \$35 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.
Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare	Servicios preventivos e integrales: \$2500 de asignación anual. eternalHealth pagará hasta \$2500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información. Con este plan, recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio y podrá usarse para cualquier proveedor dental que acepte Mastercard®.	Servicios preventivos e integrales: \$2000 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2000 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios para la vista		
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare	Dentro de la red: \$35 de copago por examen. Fuera de la red: \$50 de copago por examen.	Dentro de la red: \$35 de copago por examen. Fuera de la red: \$50 de copago por examen.
Anteojos después de la cirugía de cataratas (anteojos estándar cubiertos por Medicare)	Dentro de la red y fuera de la red: \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.	Dentro de la red y fuera de la red: \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.
Exámenes de rutina de la vista Una (1) consulta por año.	Dentro de la red: \$0 de copago por examen con un proveedor participante de EyeMed. Fuera de la red: \$0 de copago Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Dentro de la red: \$0 de copago por examen con un proveedor participante de EyeMed. Fuera de la red: \$0 de copago Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.
Anteojos (para anteojos cubiertos, usted paga cualquier saldo que exceda el límite anual)	Dentro de la red: Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed. Fuera de la red: eternalHealth reembolsará hasta \$200 por año para anteojos con receta o lentes de contacto. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Dentro de la red: Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed. Fuera de la red: eternalHealth reembolsará hasta \$200 por año para anteojos con receta o lentes de contacto. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios de salud mental		
Atención de salud mental para pacientes internados Se requiere autorización previa dentro de la red, excepto en caso de emergencia.	Dentro de la red: \$370 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+.	Dentro de la red: \$390 de copago al día en los días 1 a 6. \$0 de copago al día en los días 7 a 90. \$0 de copago al día en los días 91+.
	Fuera de la red: 30% de coseguro por estancia.	Fuera de la red: 30% de coseguro por estancia.
	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	Dentro de la red: \$30 de copago por consulta.	Dentro de la red: \$30 de copago por consulta.
	Fuera de la red: \$50 de copago.	Fuera de la red: \$50 de copago.
Servicio del programa de tratamiento por opioides	Dentro de la red: \$30 de copago por prestación de servicio.	Dentro de la red: \$30 de copago por prestación de servicio.
	Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.	Fuera de la red: \$50 de copago por prestación de servicio.
Servicios adicionales		
Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) Se requiere autorización previa dentro de la red. No se requiere hospitalización previa.	Dentro de la red: \$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100.	Dentro de la red: \$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100.
	Fuera de la red: 25% de coseguro por estadía, hasta 100 días.	Fuera de la red: 30% de coseguro por estadía, hasta 100 días.
Terapia ocupacional, física y del habla	Dentro de la red: \$20 de copago por consulta.	Dentro de la red: \$30 de copago por consulta.
	Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.	Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios de ambulancia Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia no urgentes dentro de la red.	Dentro de la red y fuera de la red: Usted paga un copago de \$300 por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare. Este plan también cubre el transporte de emergencia en todo el mundo. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Dentro de la red y fuera de la red: Usted paga un copago de \$300 por cada viaje de ida en ambulancia cubierto por Medicare.
Transporte	Dentro de la red: Los miembros tienen acceso a 24 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (médicas, dentales, farmacias) con una distancia máxima de 60 millas por viaje. Para estar cubiertos, los viajes deben realizarse a través de un proveedor autorizado por el plan. Fuera de la red: Copago de \$0 por hasta 24 viajes de ida por año con una distancia máxima de 60 millas por viaje a citas médicas, citas dentales o a la farmacia. El miembro debe pagar de su bolsillo y enviar los recibos a eternalHealth para obtener el reembolso. Debe presentar una reclamación ante eternalHealth para obtener el reembolso. El formulario de reclamación se puede encontrar en www.eternalhealth.com o llamando a los servicios para los miembros. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	Dentro de la red: Los miembros tienen acceso a 12 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan (médicas, dentales, farmacias) con una distancia máxima de 60 millas por viaje. Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan para que estén cubiertos. Fuera de la red: Copago de \$0 por hasta 12 viajes de ida por año con una distancia máxima de 60 millas por viaje a citas médicas, citas dentales o a la farmacia. El miembro debe pagar de su bolsillo y enviar los recibos a eternalHealth para obtener el reembolso. Debe presentar una reclamación ante eternalHealth para obtener el reembolso. El formulario de reclamación se puede encontrar en www.eternalhealth.com o llamando a los servicios para los miembros. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
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 El siguiente enlace le llevará a una lista de medicamentos de la parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.eternalhealth.com .	Los medicamentos de la parte B de Medicare pueden estar sujetos a tratamiento escalonado. Dentro de la red: 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). Fuera de la red: 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).	Los medicamentos de la parte B de Medicare pueden estar sujetos a tratamiento escalonado. Dentro de la red: 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). Fuera de la red: 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).

Mis beneficios de medicamentos con receta

Hay tres etapas de pago de medicamentos para la cobertura de medicamentos con receta bajo los planes eternalHealth Freedom (PPO) y eternalHealth Give Back (PPO). 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.

Etapas 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 Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Deducible para categorías 1, 2 y 3	\$0	\$0
Deducible para categorías 4 y 5	\$185	\$350

Etapas 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 Freedom (PPO) H2694-001			eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002		
	Suministro de 30 días	Suministro para 60 días N/C	Suministro de 100 días	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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costo compartido minorista	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001			eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002		
	Suministro de 30 días	Suministro para 60 días N/C	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días
Categoría 2 (Medicamento genérico)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Categoría 3 (Marca preferencial)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Categoría 4 (Medicamento no preferencial)	40% del costo total	40% del costo total	40% de coseguro del costo total	40% del costo total	40% del costo total	40% del costo total
Categoría 5 (Medicamento de especialidad)	30% del costo total	N/C	N/C	29% del costo total	N/C	N/C

Costo compartido de pedidos por correo	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001			eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002		
	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días	Suministro de 30 días	Suministro para 60 días N/C	Suministro para 100 días N/C
Categoría 1 (genéricos preferenciales)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 (Medicamento genérico)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Categoría 3 (Marca preferencial)	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total	25% del costo total
Categoría 4 (Medicamento no preferencial)	40% del costo total	40% del costo total	40% del costo total	40% del costo total	40% del costo total	40% del costo total
Categoría 5 (Medicamento de especialidad)	30% del costo total	N/C	N/C	29% del costo total	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.

Etapa 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 Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Servicios de telesalud <i>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. Consulte la disponibilidad directamente con su PCP o especialista.</i>	Dentro de la red: Copago de \$0 por consulta con un proveedor de atención primaria. \$0 copago por consulta con un especialista. Fuera de la red: \$0 copago por servicio de PCP. \$20 de copago por servicio de un especialista.	Dentro de la red: Copago de \$0 por consulta con un proveedor de atención primaria. \$0 copago por consulta con un especialista. Fuera de la red: \$0 copago por servicio de PCP. \$20 de copago por servicio de un especialista.
Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare	Dentro de la red: \$25 de copago por consulta. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.	Dentro de la red: \$25 de copago por consulta. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.
Acupuntura de rutina	Dentro de la red: \$25 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina.	Sin cobertura.
Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare	Dentro de la red: \$15 de copago por consulta. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.	Dentro de la red: \$15 de copago por consulta. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Atención quiropráctica de rutina	Dentro de la red: \$25 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con acupuntura de rutina. Fuera de la red: \$50 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con acupuntura de rutina.	Sin cobertura.
Servicios de tratamiento de enfermedades renales	Tratamiento de diálisis (atención en centros y clínicas) Dentro de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio. Fuera de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio. Servicios de educación sobre enfermedades renales Dentro de la red y fuera de la red: Sin copago, coseguro ni deducible.	Tratamiento de diálisis (atención en centros y clínicas) Dentro de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio. Fuera de la red: 20% de coseguro por prestación de servicio. Servicios de educación sobre enfermedades renales Dentro de la red y fuera de la red: Sin copago, coseguro ni deducible.
Atención del pie (servicios de podología)	Dentro de la red: \$0 de copago para la atención del pie diabético. \$30 de copago para todos los demás servicios. Fuera de la red: \$50 de copago para la atención del pie diabético. \$50 de copago para todos los demás servicios.	Dentro de la red: \$0 de copago para la atención del pie diabético. \$35 de copago para todos los demás servicios. Fuera de la red: \$50 de copago para la atención del pie diabético. \$50 de copago para todos los demás servicios.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Suministros para la diabetes Se requiere autorización previa dentro de la red para servicios y suministros para diabéticos 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 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: 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. Fuera de la red: 20% de coseguro Dentro de la red y fuera de la red: Capacitación para el autocontrol de la diabetes No hay coseguro, copagos ni deducible para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes. No se requiere autorización previa para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes.	Tiras reactivas: Usted paga un 0% 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 0% 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 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. Fuera de la red: 20% de coseguro Dentro de la red y fuera de la red: Capacitación para el autocontrol de la diabetes No hay coseguro, copagos ni deducible para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes. No se requiere autorización previa para la capacitación sobre autocontrol de la diabetes.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos protésicos Se requiere autorización previa dentro de la red.	Dentro de la red y fuera de la red: 20% de coseguro.	Dentro de la red y fuera de la red: 20% de coseguro.
Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca	Dentro de la red: Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca: \$0 de copago por prestación de servicio. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) \$25 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca: \$50 de copago por prestación de servicio. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) \$50 de copago por prestación de servicio.	Dentro de la red: Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca: \$0 de copago por prestación de servicio. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) \$25 de copago por prestación de servicio. Fuera de la red: Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca: \$50 de copago por prestación de servicio. Terapia de ejercicio supervisado para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD) \$50 de copago por prestación de servicio.
Exámenes físicos anuales	Dentro de la red y fuera de la red: \$0 de copago por examen.	Dentro de la red y fuera de la red: \$0 de copago por examen.
Medicamentos de venta libre (Over the Counter, 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. Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.	\$45 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.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Compras de SSBCI 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 (Over the Counter, OTC) estándar combinado con un beneficio adicional de alimentos saludables cada tres meses para un beneficio de alimentos y productos agrícolas o artículos de venta libre. Este beneficio es para miembros que cumplen con los requisitos. No todos los miembros serán elegibles para este beneficio.	Sin cobertura.	\$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 si es elegible. Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.
Asistencia domiciliaria	Sin cobertura.	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. La asistencia domiciliaria por medio de Papa incluye 30 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 • Servicios virtuales

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Programas de salud y bienestar: acondicionamiento físico	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. Los miembros tienen acceso a tres beneficios de acondicionamiento físico. 1. 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. 2. Los miembros reciben \$300 al año en su tarjeta de beneficios eternalPlus, que pueden 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>. 3. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Consulte la evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información.	Usted paga \$0 de copago por este beneficio. Los miembros tienen acceso a dos beneficios de acondicionamiento físico. 1. 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. 2. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Consulte la evidencia de cobertura para obtener más información.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Comidas	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.	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.

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 fòm 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.