



## **Resumen de beneficios para 2025**

**eternalHealth Forever (HMO)**

**La próxima generación  
de Medicare Advantage**

H1280-001\_SB25\_FE\_M

# 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 en este documento abarca el año del plan que comienza el 1 de enero de 2025 y finaliza el 31 de diciembre de 2025.

## ¿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](http://www.eternalHealth.com) para ver 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](http://www.medicare.gov). También puede solicitar una copia impresa por correo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

## ¿Qué es un deducible?

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

## ¿Qué es un copago?

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

## ¿Qué es un coseguro?

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

## ¿Dónde puedo encontrar más información?

Si desea obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura de eternalHealth en [www.eternalHealth.com](http://www.eternalHealth.com) en la sección de 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 Forever (HMO) H1280-001	
<b>Prima mensual</b> <i>Debe continuar pagando su prima de la Parte B.</i>	\$0
<b>Reducción de la Parte B (Give Back)</b>	Este plan no ofrece una reducción de la Parte B.
Deducibles y máximo de gastos de bolsillo	
<b>Deducible médico</b>	Este plan no cuenta con un deducible médico.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	<p><b>Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3</b> \$0 de deducible.</p> <p><b>Nivel 4 y Nivel 5</b> \$185 de deducible.</p>
<b>Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo</b> <i>Esta es la cantidad máxima que usted pagará durante el año del plan por concepto de copagos, coseguro, servicios médicos, suministros y medicamentos cubiertos de la Parte B. No aplican los gastos de bolsillo para medicamentos con receta y otros beneficios.</i>	\$5,000

## Mis beneficios médicos y hospitalarios cubiertos y servicios

eternalHealth Forever (HMO) H1280-001	
Servicios hospitalarios para pacientes externos e internados	
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> <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+
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> \$0 de copago en cualquier ubicación dentro de la red.</p> <p><b>Servicios externos hospitalarios</b> \$325 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos.</p>
<b>Observación hospitalaria para pacientes externos</b>	Usted paga \$325 de copago por estadía.
<b>Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> 0% de copago si se realiza en un ASC.</p> <p><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b> \$225 de copago por cirugía realizada en un ASC.</p>

**Visitas al consultorio del médico**

**Consultas médicas**

*Se requiere una derivación para consultas a especialistas.*

**Consultas al proveedor de atención primaria (PCP):**

\$0 de copago por consulta.

**Consultas al especialista:**

\$0 de copago por consulta.

**Atención preventiva**

\$0 de copago por 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 (mamografías)
- 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 y asesoramiento sobre la obesidad
- Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual
- Detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis [LDCT])
- Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas contra la gripe, vacunas neumocócicas, vacunas contra la hepatitis B (pueden aplicarse restricciones)
- Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)
- Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año calendario

**Servicios de emergencia**

<b>Atención de emergencia</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$100 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. 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.
<b>Servicios de urgencia</b>	\$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 sin cita previa.
	Su plan incluye cobertura para atención de urgencia en todo el mundo. 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**

<b>Radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$100 de copago para ecografías. \$250 para exploraciones por tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones para pacientes externos.
<b>Pruebas de diagnóstico y procedimientos</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$0 de copago por servicio en un consultorio. \$10 de copago por servicio en un laboratorio independiente.
<b>Servicios de laboratorio</b> <i>Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo.</i>	\$0 de copago para análisis de laboratorio realizados en un consultorio. \$10 de copago en un laboratorio independiente.
<b>Radiografía para paciente externo</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$10 de copago por servicio.

**Servicios para la audición**

<b>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</b>	\$15 de copago por examen.
<b>Exámenes de audición de rutina</b> <i>Una (1) consulta por año.</i>	\$0 de copago por examen con un proveedor de Amplifon.
<b>Audífonos</b> <i>Hasta dos (2) audífonos por año. Un (1) audífono por oído, por año.</i>  Debe utilizar un proveedor de Amplifon para todos los exámenes de audición de rutina y la compra de audífonos. No hay cobertura para proveedores fuera de la red.	\$595 de copago según su selección a través de Amplifon. \$895 de copago según su selección a través de Amplifon.  La compra de audífonos incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba libre de riesgos de 60 días</li> <li>• Atención posterior gratuita</li> <li>• Nuevos servicios virtuales que incluyen exámenes de detección virtuales, asesoramiento personalizado y consultas virtuales a pedido.</li> </ul>

**Servicios odontológicos**

<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b>	\$45 de copago por servicio.
<b>Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare</b>	<p>Servicios preventivos e integrales: \$3,000 de asignación anual.</p> <p>eternalHealth pagará hasta \$3,000 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria. No hay restricciones ni limitaciones.</p> <p>Con este plan, recibe una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio y podrá ser utilizada en el proveedor dental de su elección. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>

**Servicios para la vista**

<b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b>	\$15 de copago por examen.
<b>Anteojos después de la cirugía de cataratas (anteojos estándar cubiertos por Medicare)</b>	\$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago por examen con un proveedor de EyeMed.
<b>Beneficios para lentes/anteojos</b> (para anteojos cubiertos, paga cualquier saldo que exceda el límite anual)	<p>Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed.</p> <p>Debe utilizar un proveedor de EyeMed para recibir un examen ocular de rutina y la asignación para anteojos. No hay cobertura para proveedores fuera de la red.</p>

**Servicios de salud mental**

<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<p>\$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+</p> <p>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.</p>
<b>Atención de salud mental para pacientes externos</b>	\$25 de copago por consulta.
<b>Servicios del programa de tratamiento por opioides</b>	\$25 de copago por servicio.

**Servicios adicionales**

<p><b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> <i>Se requiere autorización previa. No se requiere hospitalización previa.</i></p>	<p>\$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100.</p>
<p><b>Terapia ocupacional, física y del habla</b> <i>Se requiere autorización previa para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</i></p>	<p>\$20 de copago por consulta.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b> <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia.</i></p>	<p>\$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea.</p> <p>Este plan también cubre el transporte de emergencia en todo el mundo. Debe pagar de su bolsillo y presentarlo al plan para obtener el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
<p><b>Transporte</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por viajes ilimitados hacia y desde lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico, el dentista o la farmacia.</p> <p>Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan para que estén cubiertos.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B</b> <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos según la guía de CMS.</i></p>	<p>0 a 20% de coseguro.</p> <p>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).</p>

## Mis beneficios de medicamentos con receta

Hay tres etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos con receta en virtud del 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 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 nivel de costo compartido esté, incluso si no ha pagado su deducible.

### Etapa de deducible

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

	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001
Deducible para niveles 1, 2 y 3	\$0
Deducible para niveles 4 y 5	\$185

### Etapa de cobertura inicial

Permanecerá en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que usted y su plan pagan alcance \$2,000.

Costo compartido minorista	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001		
Nivel del medicamento	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días
Nivel 1 (genérico de preferencia)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 (marca preferencial)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferencial)	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 5 (medicamentos de especialidad)	30% de coseguro	N/C	N/C

Costo compartido de pedido por correo	eternalHealth Forever (HMO) H1280-001		
Nivel del medicamento	Suministro de 30 días	Suministro de 60 días	Suministro de 100 días
Nivel 1 (genérico de preferencia)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
Nivel 3 (marca preferencial)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (medicamentos de marca no preferencial)	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro
Nivel 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 un suministro de 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 \$2,000. 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
<b>Servicios de telesalud</b> <i>Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio. Consulte la disponibilidad directamente con su PCP o especialista.</i>	\$0 de copago por servicio.
<b>Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</b>	\$35 de copago por consulta.
<b>Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare</b>	\$20 de copago por consulta.
<b>Servicios de tratamiento de enfermedades renales</b>	<b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas):</b> 20% de coseguro por servicio.  <b>Servicios de educación sobre enfermedades renales:</b> \$0 de copago por servicio.
<b>Atención del pie (servicios de podología)</b>  <i>Se requiere autorización previa.</i>	\$35 de copago por servicio.
<b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos protésicos</b>  <i>Se requiere autorización previa.</i>	20% de coseguro.
<b>Suministros para la diabetes</b>  <i>Se requiere autorización previa para suministros para la diabetes y se aplican límites de cantidad. Estas restricciones están alineadas con los requisitos del Medicare tradicional.</i>	<b>Tiras reactivas:</b> Paga 0% de coseguro por las tiras reactivas de marca preferencial (marca Touch/Life Scan). Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, paga el 20% de coseguro.  <b>Monitores continuos de glucosa:</b> Paga el 0% de coseguro por los monitores continuos de glucosa (CGM) de marca preferencial (Dexcom y Freestyle Libre) 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, paga el 20% de coseguro. <b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b> 20% de coseguro.

eternalHealth Forever (HMO) H1280-001	
	<p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b></p> <p><i>Se requiere autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca.</i></p>	<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca:</b> \$0 de copago.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$0 de copago.</p>
<b>Exámenes físicos anuales</b>	\$0 de copago por examen.
<b>Artículos de venta libre (OTC)</b>	<p>\$60 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Este monto no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>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.</p>
<p><b>Compras de SSBCI</b></p> <p><i>Los miembros que padecen diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes y enfermedad renal terminal (ESRD) son elegibles para usar su beneficio de medicamentos de venta libre (OTC) estándar de \$60 combinado con un beneficio adicional de \$60 cada tres meses para un beneficio de alimentos y vegetales o de venta libre.</i></p> <p><i>Este beneficio es para miembros que cumplen con los requisitos. No todos los miembros serán elegibles para este beneficio.</i></p>	<p>\$75 por trimestre calendario (cada tres meses).</p> <p>Este monto no se transfiere de trimestre a trimestre. Los artículos elegibles se enumeran en el catálogo de venta libre. Para comprar artículos elegibles, puede realizar pedidos en línea a través de su portal, por teléfono, por correo o en tiendas participantes.</p> <p>Con este plan, recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio si es elegible. Debe utilizar nuestro proveedor designado para este beneficio.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.</p>

eternalHealth Forever (HMO) H1280-001	
<b>Reducción de los costos compartidos (Reduction in Cost Sharing, RICS)</b>	<p>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.</p> <p>Con este plan recibirá una tarjeta de beneficios eternalPlus que incluirá este beneficio.</p>
<b>Acondicionamiento físico</b>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>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 cerebral personalizado en línea para mejorar la salud cognitiva.</p> <p>Los miembros también pueden optar por recibir un kit para el hogar si prefieren hacer ejercicio en casa. Se ofrecen tres kits.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fit Kit: banda de resistencia, tubo de ejercicio, anclaje para la puerta, tarjetas de ejercicios específicos para equilibrio, coordinación, agilidad, fuerza, cardio y flexibilidad.</li> <li>2. Kit de yoga: DVA con dos videos de 20 minutos + tapete de yoga, bloque de yoga, correa de yoga.</li> <li>3. Kit de baile: el kit de baile Zumba Gold incluye un inicio rápido y un DVD exprés de 20 minutos.</li> </ol> <p>Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.</p>

eternalHealth Forever (HMO) H1280-001	
<b>Alimentos: posterior a la hospitalización</b>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Si se cumplen los criterios, un proveedor aprobado por el plan preparará y entregará los alimentos en su domicilio sin costo alguno para usted.</p>
<b>Asistencia domiciliaria</b>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>La asistencia domiciliaria por medio de Papa incluye 60 horas anuales para servicios como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavado de ropa</li> <li>• Asistencia técnica: aprender servicios de telesalud para conectarse con médicos, acceder a portales de planes de salud, instalar dispositivos</li> <li>• Ejercicio y actividad: apoyo para caminar o andar en bicicleta</li> </ul>
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</b>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>eternalHealth ofrece una suscripción mensual totalmente cubierta para las opciones PERS de reloj inteligente LTE, LTE móvil y en el hogar.</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 de la Evidencia de cobertura (EOC). Puede encontrar el EOC en nuestro sitio web en <a href="http://www.eternalHealth.com/Forms-Documents">www.eternalHealth.com/Forms-Documents</a>.</p>

## Lista de verificación previa a la inscripción

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

### Entender los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan que son importantes para usted antes de inscribirse. Visite [www.eternalHealth.com/Forms-Documents](http://www.eternalHealth.com/Forms-Documents) o llame al 1 (800) 893-9457 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén dentro de la red. Si no están en la lista, lo más probable es que deba escoger a un nuevo médico.
- 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 de Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- 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 efectiva con nosotros, como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - intérpretes calificados;
  - información escrita en otros idiomas.

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

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

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

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

#### **eternalHealth (Teléfono/Fax)**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1 (800) 891-6989 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

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

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

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



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](http://www.eternalHealth.com).