



## **Resumen de beneficios para 2025**

**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 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 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](http://www.eternalHealth.com) para ver nuestra lista de medicamentos y el 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](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., 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
<b>Prima mensual</b> <i>Debe continuar pagando su prima de la Parte B.</i>	\$0	\$0
<b>Reducción de la Parte B (Give Back)</b>	Este plan no ofrece una reducción de la Parte B.	Se reduce hasta \$70 por mes de su prima de la Parte B.
<b>Deducibles y máximo de gastos de bolsillo</b>		
<b>Deducible médico</b>	Este plan no cuenta con un deducible médico.	Este plan no cuenta con un deducible médico.
<b>Deducible de farmacia (Parte D)</b>	<b>Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3</b> \$0 de deducible. <b>Nivel 4 y Nivel 5</b> \$185 de deducible.	<b>Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3</b> \$0 de deducible. <b>Nivel 4 y Nivel 5</b> \$300 de deducible.
<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>	\$6,000 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red.  \$9,000 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 médicos y hospitalarios cubiertos y servicios

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Servicios hospitalarios para pacientes externos e internados</b>		
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes internados</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i>	<b>Dentro de la red:</b> \$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+  <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro por estancia.	<b>Dentro de la red:</b> \$395 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>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro por estancia.

	<b>eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001</b>	<b>eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002</b>
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> \$0 de copago en cualquier ubicación dentro de la red.</p> <p><b>Servicios externos hospitalarios</b> \$350 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos.</p> <p><b>Estadías en observación</b> \$350 de copago por estadía.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> \$0 de copago en cualquier ubicación dentro de la red.</p> <p><b>Servicios externos hospitalarios</b> \$350 de copago por cirugías realizadas en un hospital para pacientes externos.</p> <p><b>Estadías en observación</b> \$350 de copago por estadía.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>
<b>Servicios del centro quirúrgico ambulatorio (ASC)</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> 0% de copago si se realiza en un ASC.</p> <p><b>Centro quirúrgico ambulatorio</b> \$250 de copago por cirugía realizada en un ASC.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>	<p><b>Colonoscopia de diagnóstico</b> 0% de copago si se realiza en un ASC.</p> <p><b>ASC</b> \$250 de copago por cirugía realizada en un ASC.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>
<b>Visitas al consultorio del médico</b>		
<b>Consultas médicas</b> <i>Se requiere una derivación para consultas a especialistas dentro de la red.</i>	<p><b>Consultas al proveedor de atención primaria (PCP):</b> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$20 de copago por consulta.</p>	<p><b>Consultas al proveedor de atención primaria (PCP):</b> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Consultas al especialista:</b> <b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$20 de copago por consulta.</p>
<b>Atención preventiva</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por servicio.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
	<p><b>Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Asesoramiento sobre el abuso de alcohol</li> <li>• Medición de la masa ósea</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)</li> <li>• Exámenes cardiovasculares</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) *</li> <li>• Prueba de detección de depresión</li> <li>• Prueba de detección de diabetes</li> <li>• Prueba de detección de VIH</li> <li>• Servicios de terapia nutricional médica</li> <li>• Detección y asesoramiento sobre la obesidad</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>• Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual</li> <li>• Detección de cáncer de pulmón (tomografía computarizada de baja dosis [LDCT])</li> <li>• Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>• Vacunas contra la gripe, vacunas neumocócicas, vacunas contra la hepatitis B (pueden aplicarse restricciones)</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez)</li> <li>• Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año calendario.</li> </ul>	
<b>Servicios de emergencia</b>		
<b>Atención de emergencia</b>	<b>Dentro de la red:</b> \$100 de copago por consulta.	<b>Dentro de la red:</b> \$100 de copago por consulta.
	<b>Fuera de la red:</b> \$100 de copago por consulta.	<b>Fuera de la red:</b> \$100 de copago por consulta.
Su copago se exime si es admitido en el hospital dentro de las 24 horas. Su plan 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>	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicios de urgencia relacionados con el PCP.	<b>Dentro de la red:</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.	\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro sin cita previa.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
	<p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por servicios de urgencia relacionados con el PCP.</p> <p>\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro sin cita previa.</p> <p>Su plan incluye cobertura mundial de servicios de urgencia. 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.</p>	<p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por servicios de urgencia relacionados con el PCP.</p> <p>\$25 de copago por servicios de urgencia de un centro de urgencias o un centro sin cita previa.</p>
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b>		
<p><b>Radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$150 de copago para ecografías.</p> <p>\$250 de copago para exploraciones por tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones para pacientes externos.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$150 de copago para ecografías.</p> <p>\$300 de copago para exploraciones por tomografía computarizada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones para pacientes externos.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>
<p><b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio en un consultorio.</p> <p>\$10 de copago por servicio en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio en un consultorio.</p> <p>\$20 de copago por servicio en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>
<p><b>Servicios de laboratorio</b> <i>Se requiere autorización previa para pruebas genéticas y estudios moleculares de alto costo dentro de la red.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio en un consultorio. \$10 de copago por servicio en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio en un consultorio. \$10 de copago por servicio en un laboratorio independiente.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>
<p><b>Radiografía para paciente externo</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$15 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por consulta.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Servicios para la audición</b>		
<b>Exámenes de audición cubiertos por Medicare</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por servicio.</p>
<b>Exámenes de audición de rutina</b> Una (1) consulta por año.	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen con un proveedor de Amplifon.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro con un proveedor de servicios de audición fuera de la red (que no sea Amplifon).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen con un proveedor de Amplifon.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro con un proveedor de servicios de audición fuera de la red (que no sea Amplifon).</p>
<b>Audífonos</b> Hasta dos (2) audífonos por año. Un (1) audífono por oído, por año.	<p><b>Dentro de la red:</b> \$595 de copago según su selección a través de Amplifon. \$895 de copago según su selección a través de Amplifon.</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba libre de riesgos de 60 días</li> <li>• Atención posterior gratuita</li> <li>• Nuevos servicios virtuales que incluyen exámenes de detección virtuales, asesoramiento personalizado y consultas virtuales a pedido</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro con un proveedor de servicios de audición fuera de la red (que no sea Amplifon).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$595 de copago según su selección a través de Amplifon. \$895 de copago según su selección a través de Amplifon.</p> <p>La compra de audífonos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba libre de riesgos de 60 días</li> <li>• Atención posterior gratuita</li> <li>• Nuevos servicios virtuales que incluyen exámenes de detección virtuales, asesoramiento personalizado y consultas virtuales a pedido</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> 50% de coseguro con un proveedor de servicios de audición fuera de la red (que no sea Amplifon).</p>
<b>Servicios odontológicos</b>		
<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$30 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$45 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por servicio.</p>

	<b>eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001</b>	<b>eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002</b>
<b>Servicios odontológicos no cubiertos por Medicare</b>	<p>Servicios preventivos e integrales: \$3,000 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$3,000 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p>Servicios preventivos e integrales: \$2,500 de asignación anual eternalHealth pagará hasta \$2,500 por año por servicios integrales y preventivos, sin una red obligatoria.</p> <p>No hay restricciones ni limitaciones.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</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.		
<b>Servicios para la vista</b>		
<b>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por examen.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por examen.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por examen.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por examen.</p>
<b>Anteojos después de la cirugía de cataratas (anteojos estándar cubiertos por Medicare)</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por un par de anteojos estándar después de una cirugía de cataratas.</p>
<b>Exámenes de la vista de rutina</b> Una (1) consulta por año.	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen con un proveedor participante de EyeMed.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen con un proveedor participante de EyeMed.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro. Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Anteojos</b> (para anteojos cubiertos, paga cualquier saldo que exceda el límite anual)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>eternalHealth reembolsará hasta \$200 por año para anteojos con receta o lentes de contacto.</p> <p>Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Hasta \$200 por año calendario para anteojos recetados o lentes de contacto comprados a un proveedor de EyeMed.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>eternalHealth reembolsará hasta \$200 por año para anteojos con receta o lentes de contacto.</p> <p>Tendrá que pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
<b>Servicios de salud mental</b>		
<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$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+</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>30% de coseguro por estancia.</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>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$395 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><b>Fuera de la red:</b></p> <p>30% de coseguro por estancia.</p>
<b>Atención de salud mental para pacientes externos</b>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago</p>
<b>Servicio del programa de tratamiento por opioides</b>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$25 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>\$45 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>\$50 de copago por servicio.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Servicios adicionales</b>		
<b>Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red. No se requiere hospitalización previa.</i>	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100. <b>Fuera de la red:</b> 25% de coseguro por estadía.	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago al día en los días 1 a 20. \$203 de copago al día en los días 21 a 100. <b>Fuera de la red:</b> 30% de coseguro por estancia.
<b>Terapia ocupacional, física y del habla</b> <i>Se requiere autorización previa.</i>	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por consulta. <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.	<b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por consulta. <b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.
<b>Servicios de ambulancia</b> <i>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia no urgentes dentro de la red.</i>	<b>Dentro de la red:</b> \$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea. <b>Fuera de la red:</b> \$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea.	<b>Dentro de la red:</b> \$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea. <b>Fuera de la red:</b> \$300 de copago por servicio para ambulancia terrestre/aérea.
	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.	
<b>Transporte</b>	<b>Dentro de la red:</b> Usted paga \$0 de copago por 24 viajes de ida y vuelta desde y hacia lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico, el dentista o la farmacia.  Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan para que estén cubiertos.  <b>Fuera de la red:</b> Coseguro del 50% por hasta 24 viajes de ida por año calendario. Debe pagar de su bolsillo y solicitar el reembolso. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.	<b>Dentro de la red:</b> Usted paga \$0 de copago por viajes ilimitados desde y hacia lugares relacionados con la atención médica, como sus citas con el médico, el dentista o la farmacia.  Los viajes deben programarse por medio del proveedor aprobado del plan para que estén cubiertos.  <b>Fuera de la red:</b> 50% de coseguro. Debe 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
<b>Medicamentos con receta de la Parte B</b>  <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos según la guía de CMS.</i>	<b>Dentro de la red:</b> 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).  <b>Fuera de la red:</b> 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).	<b>Dentro de la red:</b> 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).  <b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro.  20% de coseguro con un copago máximo por mes de \$35 para insulinas de la Parte B. Se aplicarán copagos menores según lo exige la Ley de Reducción de la Inflación (Inflation Reduction Act, IRA).

## Mis beneficios de medicamentos con receta

Hay tres etapas de pago de medicamentos para su cobertura de medicamentos con receta 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 Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
Deducible para niveles 1, 2 y 3	\$0	\$0
Deducible para niveles 4 y 5	\$185	\$300

## Etapa de cobertura inicial

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

Costo compartido minorista	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 de 60 días	Suministro de 100 días
Nivel del medicamento						
Nivel 1 (genérico de preferencia)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 (Medicamento genérico)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 (Marca preferencial)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (Medicamento no preferencial)	27% de coseguro	27% de coseguro	27% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro
Nivel 5 (Medicamento de especialidad)	30% de coseguro	N/C	N/C	29% de coseguro	N/C	N/C

Costo compartido de pedido 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 de 60 días	Suministro de 100 días
<b>Nivel del medicamento</b>						
<b>Nivel 1 (genérico de preferencia)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2 (Medicamento genérico)</b>	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago	\$10 de copago
<b>Nivel 3 (Marca preferencial)</b>	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago
<b>Nivel 4 (Medicamento no preferencial)</b>	27% de coseguro	27% de coseguro	27% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro	29% de coseguro
<b>Nivel 5 (Medicamento de especialidad)</b>	30% de coseguro	N/C	N/C	29% 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 Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Servicios de telesalud</b> <i>Médico de atención primaria (PCP) y servicios de especialistas médicos cubiertos por Medicare. Es posible que no todos los proveedores ofrezcan este beneficio. Consulte la disponibilidad directamente con su PCP o especialista.</i>	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio.  <b>Fuera de la red:</b> \$0 copago por servicio de PCP. \$20 de copago por servicio de un especialista.	<b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por servicio.  <b>Fuera de la red:</b> \$0 copago por servicio de PCP. \$20 de copago por servicio de un especialista.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Consultas de acupuntura cubiertas por Medicare</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.</p>
<b>Acupuntura de rutina</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con atención quiropráctica de rutina.</p>	Sin cobertura.
<b>Atención de un quiropráctico cubierta por Medicare</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta.</p>
<b>Atención quiropráctica de rutina</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con acupuntura de rutina.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario combinadas con acupuntura de rutina.</p>	Sin cobertura.
<b>Masaje terapéutico</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$20 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago por consulta. Límite de 20 consultas por año calendario.</p>	Sin cobertura.

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<b>Servicios de tratamiento de enfermedades renales</b>	<p><b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b>  <b>Dentro de la red:</b>  20% de coseguro por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  20% de coseguro por servicio.</p> <p><b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b>  <b>Dentro de la red:</b>  \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  \$0 de copago por servicio.</p>	<p><b>Tratamiento de diálisis (consultas a centros y a clínicas)</b>  <b>Dentro de la red:</b>  20% de coseguro por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  20% de coseguro por servicio.</p> <p><b>Servicios de educación sobre enfermedades renales</b>  <b>Dentro de la red:</b>  \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  \$0 de copago por servicio.</p>
<b>Atención del pie (servicios de podología)</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red.</i>	<p><b>Dentro de la red:</b>  \$0 de copago para la atención del pie diabético.  \$25 de copago para otros servicios.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  \$50 de copago para la atención del pie diabético.  \$50 de copago para otros servicios.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>  \$0 de copago para la atención del pie diabético.  \$25 de copago para otros servicios.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  \$50 de copago para la atención del pie diabético.  \$50 de copago para otros servicios.</p>
<b>Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y dispositivos protésicos</b> <i>Puede requerirse autorización previa dentro de la red. Comuníquese con el servicio de atención para los miembros para obtener más información.</i>	<p><b>Dentro de la red:</b>  20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  20% de coseguro.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>  20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>  20% de coseguro.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<p><b>Suministros para la diabetes</b> <i>Se requiere autorización previa dentro de la red para suministros para la diabetes y se aplican límites de cantidad. Estas restricciones están alineadas con los requisitos del Medicare tradicional.</i></p>	<p><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.</p> <p><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.</p> <p>Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, paga el 20% de coseguro.</p> <p><b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro.</p>	<p><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.</p> <p><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.</p> <p>Todas las demás marcas están excluidas y necesitarían una excepción aprobada. Si se aprueba, paga el 20% de coseguro.</p> <p><b>Otros suministros para pruebas de glucosa en sangre</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare</b> 20% de coseguro.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 20% de coseguro.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca</b> <i>Se requiere autorización previa para servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar dentro de la red.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b> <b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca:</b> \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$0 de copago por servicio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> <b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca:</b> \$0 de copago por servicio.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$0 de copago por servicio.</p>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
	<p><b>Fuera de la red:</b> <b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca:</b> \$50 de copago por servicio.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$50 de copago por servicio.</p>	<p><b>Fuera de la red:</b> <b>Servicios de rehabilitación pulmonar y cardíaca:</b> \$50 de copago por servicio.</p> <p><b>Terapia de ejercicio supervisada para la enfermedad arterial periférica (SET-PAD)</b> \$50 de copago por servicio.</p>
<b>Exámenes físicos anuales</b>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por examen.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago por examen.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$0 de copago por examen.</p>
<b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>	<p>\$55 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>\$45 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>	

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
<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 combinado con un beneficio adicional de alimentos saludables 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>Sin cobertura.</p>	<p>\$50 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><b>Programas de salud y bienestar: acondicionamiento físico</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>Los miembros tienen acceso a tres beneficios por acondicionamiento físico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 cerebral personalizado en línea para mejorar la salud cognitiva.</li> </ol>	<p>Usted paga \$0 de copago por este beneficio.</p> <p>Los miembros tienen acceso a dos beneficios por acondicionamiento físico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 cerebral personalizado en línea para mejorar la salud cognitiva.</li> </ol>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
	<p>Los miembros también pueden optar por recibir un kit para el hogar si prefieren hacer ejercicio en casa. Se ofrecen tres kits.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fit Kit</li> <li>• Kit de yoga</li> <li>• Kit de baile</li> </ul> <p>2. Los miembros reciben \$350 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>.</p> <p>3. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información.</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fit Kit</li> <li>• Kit de yoga</li> <li>• Kit de baile</li> </ul> <p>2. Los miembros tienen acceso a Kaia Health para MSK digital.</p> <p>Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información.</p>
<b>Alimentos</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</p>	<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>

	eternalHealth Freedom (PPO) H2694-001	eternalHealth Give Back (PPO) H2694-002
	en su domicilio sin costo alguno para usted.	
<b>Asistencia domiciliaria</b>	Sin cobertura.	<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> <li>• Servicios virtuales</li> </ul>

## 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 panggagamot. 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).