

2026

# Resumen de Beneficios

## Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO DSNP)

New York H5992-010-000

Presta servicios a: Condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, y Westchester

En vigor desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026

# Introducción al Resumen de Beneficios

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

Gracias por considerar Molina Healthcare. Todos merecen una atención de calidad. Desde 1980, nuestros miembros confían en Molina. Porque hoy, como siempre, ponemos sus necesidades en primer lugar.

Este documento no incluye todos los beneficios y servicios que abarcamos, ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC). Una copia de la EOC se encuentra en nuestro sitio web en [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al (833) 671-0440, TTY 711 y le enviaremos una copia por correo.

Para unirse a nuestro plan, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y Medicaid de New York State Department of Health, y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New York: Condados de Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Queens, Richmond, Rockland, y Westchester.

Molina cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Excepto en situaciones de emergencia, si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que no paguemos por esos servicios. Si desea comparar nuestro plan con otros planes médicos de Medicare, solicite el Resumen de Beneficios de los otros planes o bien utilice el Localizador de Planes de Medicare en [medicare.gov](http://medicare.gov).

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual "Medicare y Usted" actual. Consúltelo en línea en [medicare.gov](http://medicare.gov) o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene preguntas, llame a nuestro equipo del Departamento de Servicios para Miembros al **(833) 671-0440, TTY 711**, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local.

# Acerca de Medicare

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores o que tienen menos de 65 años con determinadas discapacidades.

Medicare Original es un Programa de Seguros Federal. Les paga una tarifa por su atención directamente a los médicos y hospitales que usted visita. Medicare Original no cubre la mayoría de los casos de atención médica preventiva y genera gastos imprevistos de su propio bolsillo.



**Medicare Part A (Seguro de hospital)** cubre la atención durante hospitalización en hospitales, centros de enfermería especializada, atención para pacientes terminales y algunos servicios de atención médica domiciliaria.



**Medicare Part B (Seguro médico)** cubre ciertos servicios médicos, atención médica ambulatoria, suministros médicos y servicios médicos preventivos.



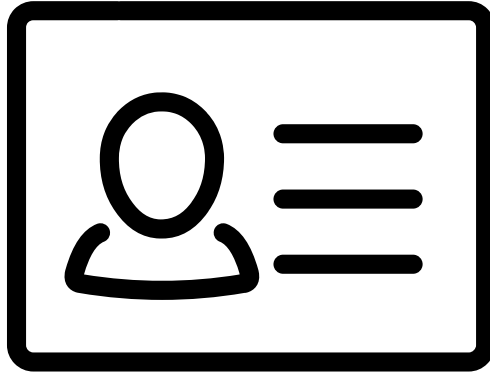
**Medicare Part C (Medicare Advantage)** es una alternativa integral a Medicare Original. Los planes Medicare Advantage incluyen las Partes A, B y, por lo general, la Parte D. Es posible que algunos planes de Medicare Advantage generen menores gastos de su bolsillo que Medicare Original y que cubran beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, tales como beneficios dentales, para la vista o de audición. Medicare le paga una tarifa fija al plan por su atención médica y, luego, el plan les paga directamente a los médicos y hospitales. Medicare Advantage genera gastos de su propio bolsillo predecibles y ofrece atención médica preventiva y coordinación de cuidados.



**Medicare Part D (Cobertura de medicamentos recetados)** le ayuda a pagar los medicamentos que compra en una farmacia.

## Grupos de cobertura de doble elegibilidad de Medicaid

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+):** Medicaid paga los montos de las primas, deducibles, coseguro y copagos de Medicare Part A y B. Usted recibe cobertura de Medicaid de la distribución de costos de Medicare y es elegible para los beneficios completos de Medicaid.
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de la distribución de costos de Medicare y para los beneficios completos de Medicaid.

**Cambios de elegibilidad:**

Es importante leer y responder todos los correos que provienen del Seguro Social o la oficina estatal de Medicaid para que pueda proteger su estado de distribución de costos de \$0 como beneficiario doble elegible y con beneficios completos.

Periódicamente, como es requerido por los CMS, revisaremos el estado de su elegibilidad para Medicaid así como su grupo de doble elegibilidad. Si pierde completamente su cobertura con Medicaid, se le brindará un periodo de gracia para que pueda volver a solicitar beneficios de Medicaid.

Si ya no puede recibir los beneficios del programa como beneficiario con beneficios completos, es posible que su inscripción sea cancelada involuntariamente del Plan después de un periodo de gracia. Su agencia estatal de Medicaid le enviará una notificación en la que se le informará sobre su pérdida de Medicaid o el cambio en el grupo de Medicaid. También es posible que nos comuniquemos con usted para recordarle que debe volver a solicitar Medicaid como beneficiario doble elegible o con beneficios completos. Por este motivo, es importante que nos informe cada vez que cambie su dirección postal o número de teléfono.

\* El deducible anual para los servicios de la Parte B y el coseguro del 30% (según corresponda), además de los diferentes montos de distribución de costos para los servicios de la Parte A, se aplican cuando el monto de la distribución de costos del miembro no es \$0.

# Resumen de Primas y Beneficios

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

**Prima mensual** \$0 por mes



---

**Deducible médico** Usted paga \$0 de deducible médico cada año.



---

**Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo** \$9,250 cada año por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red (no incluye medicamentos recetados).



# Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Hospitalización



Usted paga \$0 para los días del 1 al 90 de una hospitalización por periodo de beneficios.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días por periodo de beneficios.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Atención hospitalaria ambulatoria



\$0 de copago por consulta

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Centro de cirugía ambulatoria



\$0 de copago por consulta

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Consultas médicas



#### Atención primaria

\$0 de copago por consulta

#### Especialistas

\$0 de copago por consulta

### Atención médica preventiva



\$0 de copago

Busque las filas con la manzana en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 en la Evidencia de Cobertura. Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del plan estará cubierto.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Atención de emergencia

\$0 de copago



### Servicios requeridos urgentemente

\$0 de copago



### Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes



#### Pruebas y procedimientos de diagnóstico

\$0 de copago

#### Servicios de laboratorio

\$0 de copago

#### Servicios de radiología de diagnóstico (como MRI, CT)

\$0 de copago

#### Radiografías ambulatorias

\$0 de copago

#### Radiología terapéutica

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios.*

*No se requiere autorización para los servicios de laboratorio ambulatorios y los servicios de radiografía ambulatorios. Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa.*

# Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Servicios de audición



#### Exámenes diagnósticos auditivos y de equilibrio cubiertos por Medicare

\$0 de copago, 1 por año

#### Examen de audición de rutina

\$0 de copago, 1 por año

#### Ajuste/Evaluación de audífonos

\$0 de copago, 1 por año

#### Audífonos

\$0 de copago

Nuestro plan cubre hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años.

---

### Servicios dentales



#### Servicios dentales cubiertos por Medicare

\$0 de copago

#### Servicios dentales preventivos

\$0 de copago por consulta a la oficina del médico

- Exámenes bucales
- Profilaxis (limpiezas)
- Tratamiento con fluoruro
- Radiografías dentales

---

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Servicios para la vista



### Servicios para la vista cubiertos por Medicare

- Examen de la vista para diagnosticar o tratar enfermedades de los ojos (incluido un examen preventivo cada año para la detección de glaucoma): \$0 de copago
- Anteojos o lentes de contacto luego de una cirugía de cataratas: \$0 de copago

### **¡Nos hemos asociado con un proveedor de visión para darle más valor a sus necesidades de visión de rutina!**

Entre los servicios para la vista suplementarios cubiertos se incluyen, entre otros:

La cobertura incluye:

- Un examen de la vista rutinario cada año calendario.
- Una asignación de elementos para la vista.

Puede usar su asignación de elementos para la vista de \$350 para comprar lo siguiente:

- Lentes de contacto\*.
- Anteojos (lentes y armazones).
- Lentes o armazones de anteojos.
- Mejoras (tales como lentes tintados, con protección UV, polarizados o fotocromáticos).

\*Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto.

Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan.

\$0 de copago por hasta 1 examen de la vista de rutina (y refracción) para anteojos cada año calendario.

# Resumen de Primas y Beneficios (Continuación)

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Servicios de salud mental



#### Consulta de paciente internado

Usted paga \$0 para los días del 1 al 90 por una hospitalización.

Hay un límite de por vida de 190 días para la atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados. El límite de atención hospitalaria para pacientes internados no se aplica a los servicios de salud mental proporcionados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 60 días de “días de reserva de por vida”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Pero una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de internación en el hospital se limitará a 90 días.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Consulta de terapia individual/grupal para pacientes ambulatorios

\$0 de copago

---

### Centro de enfermería especializada



Usted paga \$0 para los días del 1 al 100 por una hospitalización en un centro de enfermería especializada.

No se requiere hospitalización previa.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

---

### Fisioterapia



#### Fisioterapia y terapia del habla

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Rehabilitación cardíaca y pulmonar

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Terapia de ejercicio supervisada (SET)

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

#### Servicios de terapia ocupacional

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

---

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Ambulancia



\$0 de copago

*Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia.*

### Transporte



\$0 de copago

\$53 de asignación combinada por mes para servicios de transporte (a ubicaciones aprobadas por el plan) y beneficio de artículos de venta libre (OTC) combinados. La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.

Consulte la sección Tarjeta de débito prepagada (tarjeta HealthyYou) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.

## Medicamentos de Medicare Part B

### Medicamentos para quimioterapia/radiación y otros medicamentos de la Parte B

En función de su nivel de cobertura de Medicaid, usted paga \$0 de copago o el 20% del costo

*Es posible que se requiera autorización previa.*

*Es posible que sea necesaria la terapia escalonada para ciertos medicamentos.*

# Resumen de cobertura de medicamentos

## Farmacia minorista estándar y farmacia de pedidos por correo

En función de sus ingresos y condición institucional, usted paga lo siguiente:

Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos):

- \$0 de copago; \$1.60 de copago; \$2.00 de copago, \$5.10 de copago

Para el resto de los medicamentos:

- \$0 de copago; \$4.90 de copago; \$12.65 de copago

Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra (Extra Help)” que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.

## Etapas de cobertura

### **Etapas 1: Deducible**

El deducible es de \$199. Durante esta etapa, usted paga \$0 de distribución de costos para los medicamentos de las categorías 1 y 6, y el costo aplicable de los medicamentos de las categorías 2, 3, 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual.

### **Etapas 2: Cobertura inicial**

Usted comienza en esta etapa cuando surte la primera receta médica del año. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año alcancen un total de \$2,100.

Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia dentro de la red.

### **Etapas 3: Cobertura catastrófica**

Después de que los costos anuales de bolsillo de los medicamentos (incluidos los medicamentos adquiridos en una farmacia minorista o mediante pedidos por correo) lleguen a \$2,100, el plan pagará todos los costos de sus medicamentos.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

# Resumen de otros beneficios

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Acupuntura



### Acupuntura cubierta por Medicare

\$0 de copago

Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para el dolor crónico en la zona lumbar. Se cubren hasta ocho sesiones adicionales en el mismo año para aquellos pacientes que demuestran una mejoría.

### Asesoramiento adicional para dejar de fumar y consumir tabaco



\$0 de copago

8 consultas de asesoramiento ofrecidas además de las que ofrece Medicare.

### Servicios de telesalud adicionales



Usted abona \$0 de copago por determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes:

- Servicios de rehabilitación cardíaca
- Servicios del médico de atención primaria
- Servicios quiroprácticos
- Servicios de terapia ocupacional
- Servicios de médicos especialistas
- Sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental
- Sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental
- Servicios de podología
- Otro profesional de atención médica
- Sesiones individuales de servicios psiquiátricos
- Sesiones grupales de servicios psiquiátricos
- Servicios de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje
- Servicios del programa de tratamiento de opioides
- Sesiones individuales por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios
- Sesiones grupales por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios

### Examen físico anual \$0 de copago



# Resumen de otros beneficios (Continuación)

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Atención quiropráctica



#### Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare

\$0 de copago

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se mueven de su posición).

### Diálisis



\$0 de copago

Solo se requiere autorización previa si se utilizan servicios de diálisis fuera de la red.

### Beneficio de acondicionamiento físico



\$0 de copago

Silver&Fit les ofrece a los miembros acceso a gimnasios contratados y kits de ejercicios para el hogar, en el caso de los miembros que prefieren hacer ejercicios en casa o mientras viajan.

### Cuidado de los pies (podología)



#### Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

\$0 de copago

Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones.

#### Cuidado de rutina de los pies

\$0 de copago

Hasta 6 consultas por año.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Educación para la salud



\$0 de copago

Programas que le ayudan a aprender a controlar sus afecciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.

### Atención médica domiciliaria



\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa.*

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Equipos y suministros médicos



#### Equipo médico duradero (como sillas de ruedas y oxígeno)

\$0 de copago

#### Suministros médicos/ortopédicos

\$0 de copago

#### Suministros y servicios para la diabetes

\$0 de copago

*Es posible que se requiera autorización previa para obtener el equipo médico duradero, los suministros médicos/ortopédicos y los suministros para diabéticos.*

*Se requiere autorización previa para calzado y accesorios para diabéticos.*

*No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.*

---

### Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas



\$0 de copago

Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

---

### Servicios del programa de tratamiento de opioides



\$0 de copago

*Se requiere autorización previa para el medicamento.*

---

### Servicios de sangre para pacientes ambulatorios



\$0 de copago

Deducible de 3 pintas exonerado

# Resumen de otros beneficios (Continuación)

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### Abuso de sustancias en pacientes ambulatorios



\$0 de copago

Consultas de tratamiento individuales o grupales

*Es posible que se requiera autorización previa.*

### Artículos de venta libre



\$0 de copago

Recibe una tarjeta de débito prepagada (tarjeta HealthyYou) con una asignación mensual combinada de \$53 para artículos de venta libre (OTC).

Los audífonos OTC están cubiertos e incluidos en la asignación combinada OTC.

Consulte la sección Tarjeta de débito prepagada (tarjeta HealthyYou) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada.

### Atención médica urgente y de emergencia en todo el mundo



\$0 de copago

Está cubierto para emergencias a nivel mundial y servicios de atención de emergencia hasta \$10,000.

### Tarjeta de débito prepagada (tarjeta HealthyYou)



\$0 de copago

Usted recibe una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios complementarios del plan, tales como:

- Alimentos y productos agrícolas\*
- Artículos de venta libre
- Transporte (que no sea de emergencia)

Los fondos se cargan a la tarjeta cada mes. Al final de cada mes, cualquier dinero asignado no utilizado no se transferirá al siguiente mes o año del plan.

\*Se aplican requisitos de elegibilidad

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

## Senior Whole Health Medicare Complete Care

### **Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas**



\$0 de copago

Usted recibe \$50 de asignación mensual en una tarjeta de débito prepagada que se puede utilizar para determinados beneficios suplementarios del plan, tales como:

- Alimentos y productos agrícolas

Consulte la sección Tarjeta de débito prepagada (tarjeta HealthyYou) para obtener una lista completa de los beneficios y servicios que se incluyen en la asignación combinada. La asignación que no se utilice no se transfiere al mes siguiente.

*Es posible que se requiera autorización previa.*

Los miembros deben cumplir con los criterios que se describen en el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

---

# Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid

## Servicios cubiertos

En la siguiente tabla se muestra qué servicios están cubiertos por Medicare y Medicaid. Si el servicio está cubierto por el Plan Senior Whole Health Medicare Complete Care y también por Medicaid, lo verá con la palabra “Cubierto” en la columna de Medicaid.

Tenga en cuenta que la tabla aplica solo si usted tiene derecho a los beneficios bajo su programa estatal de Medicaid. Si usted es miembro del programa de atención administrada de Medicaid de Molina, muchos de los servicios que se indican aquí estarán cubiertos por su plan. Consulte su Manual del miembro de atención administrada por Medicaid para obtener más información sobre su cobertura específica. Su distribución de costos varía según su categoría de Medicaid.

Beneficio	Senior Whole Health Medicare Complete Care	New York Medicaid
<b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b>		
<b>Primas y otra información importante</b> Si recibe “Ayuda Extra (Extra Help)” de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o es posible que no deba pagar nada.	<b>General</b> \$0 de prima mensual del plan  <b>Dentro de la red</b> \$9,250 de límite de gastos de bolsillo para servicios cubiertos por Medicare  Sin embargo, en este plan no tendrá responsabilidad de distribución de costos por los servicios cubiertos por Medicare, según su nivel de elegibilidad para Medicaid.	La asistencia de Medicaid con el pago de la prima y la distribución de costos puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
<b>Opción de médicos y hospitales</b> (Para obtener más información, consulte Atención de Emergencia y Atención Requerida Urgentemente)	<b>Dentro de la red</b> Debe acudir a médicos, especialistas y hospitales de la red.	Debe ir a médicos, especialistas y hospitales que acepten trabajo de Medicaid. No se requiere una remisión para atenderse con especialistas.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

Beneficio	Senior Whole Health Medicare Complete Care	New York Medicaid
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA</b>		
<b>Acupuntura</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios de ambulancia</b> (deben ser médicamente necesarios)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios dentales</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Programas y suministros para la diabetes</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Consultas médicas</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Equipo médico duradero</b> (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Atención de emergencia</b> (Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.

# Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid (Continuación)

Beneficio	Senior Whole Health Medicare Complete Care	New York Medicaid
<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA (CONTINUACIÓN)</b>		
<b>Servicios de audición</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Servicio médico domiciliario</b> (Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y servicios de rehabilitación, etc.)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Atención de salud mental ambulatoria</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Servicios de rehabilitación ambulatoria</b> (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y lenguaje)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Servicios ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Artículos de venta libre</b>	Con cobertura	Con cobertura Los artículos OTC están cubiertos por NYRx, el programa de farmacia de Medicaid.
<b>Servicios de podología</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

Beneficio	Senior Whole Health Medicare Complete Care	New York Medicaid
-----------	--	-------------------

### SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA (CONTINUACIÓN)

<b>Dispositivos ortopédicos</b> (Se incluyen férulas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
--	---------------	--

<b>Servicios de transporte</b> (Rutina)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
--	---------------	--

<b>Servicios requeridos urgentemente</b> (Esta NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio).	Con cobertura	Con cobertura
---	---------------	---------------

<b>Servicios para la vista</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
--------------------------------	---------------	--

<b>Programas de prevención/ educación y otros beneficios suplementarios</b>	Con cobertura	Sin cobertura
---	---------------	---------------

### ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN

<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b> (Incluye servicios de rehabilitación y por abuso de sustancias)	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
---	---------------	--

<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
---	---------------	--

# Resumen de Beneficios cubiertos por Medicaid (Continuación)

Beneficio	Senior Whole Health Medicare Complete Care	New York Medicaid
<b>ATENCIÓN DURANTE HOSPITALIZACIÓN (CONTINUACIÓN)</b>		
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
<b>SERVICIOS MÉDICOS PREVENTIVOS</b>		
<b>Enfermedad renal e insuficiencia renal</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>Servicios médicos preventivos</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>CUIDADOS PALIATIVOS</b>		
<b>Cuidados paliativos</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.
<b>BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS</b>		
<b>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones.

¿Tiene preguntas? Llame a nuestro equipo de asesores confiables de Medicare al (833) 659-0439, TTY: 711.

Para los miembros que tienen derecho a los beneficios completos de Medicaid que se muestran a continuación, son beneficios adicionales a los que podría tener derecho. Estos son beneficios adicionales de Medicaid que están cubiertos por su programa estatal de Medicaid, pero que pueden no estar cubiertos por el Plan Senior Whole Health Medicare Complete Care:

<b>BENEFICIOS ADICIONALES DE MEDICAID</b>	
<b>BENEFICIOS</b>	<b>COBERTURA DE MEDICAID</b>
<b>Servicios personal de respuesta ante emergencias (PERS)</b>	Con cobertura
<b>Comidas</b>	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones
<b>Transporte médico que no sea de emergencia</b>	Con cobertura Pueden aplicarse restricciones

# Glosario de términos

## **Coseguro**

El porcentaje que usted paga como su parte del costo por los servicios médicos o los medicamentos recetados. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20%, usted debe pagar el 20% del costo de su factura médica.

## **Copago**

La suma fija que usted paga como su parte del costo de un servicio o suministro. Por ejemplo, puede tener \$20 de copago cada vez que visite a su médico de atención primaria.

## **Deducible**

La suma que debe pagar por servicios de atención médica o recetas médicas antes de que nuestro plan comience a realizar los pagos.

## **“Ayuda Extra (Extra Help)”**

Un programa de Medicare que ayuda a personas de bajos ingresos y recursos a pagar los costos del programa de medicamentos recetados, como primas, deducibles y coseguro.

## **Atención a largo plazo**

Servicios y apoyo para personas que no pueden realizar actividades básicas de la vida diaria, como vestirse y bañarse. Medicare y la mayoría de los planes de seguro médico no pagan por atención a largo plazo.

## **Medicaid**

Un programa estatal y federal que proporciona cobertura médica para personas con bajos ingresos.

## **Medicare Advantage**

También conocido como la Parte C. Un tipo de plan de Medicare que ofrece una compañía privada aprobada por Medicare. Un plan de Medicare Advantage es una alternativa a Medicare Original. Proporciona todos los beneficios de la Parte A y la Parte B y, a menudo, ofrece beneficios adicionales, como atención dental y cuidado para la vista.

## **Medicare Original**

Medicare Part A (seguro de hospital) y Part B (seguro médico). La mayoría de las personas lo obtienen cuando cumplen 65 años. El Gobierno federal administra Medicare Original.

## **Máximo de gastos de su bolsillo**

La mayor cantidad de servicios cubiertos que debe pagar en un año. Una vez que alcanza este monto, su seguro cubre el 100% de su atención médicamente necesaria por el resto del año.

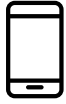
## **Prima**

El dinero que le paga mensualmente a Medicare o a un plan de atención médica para obtener cobertura.

## **Servicios médicos preventivos**

Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana. La mayoría de los planes de salud deben cubrir algunos servicios médicos preventivos importantes, como vacunas contra la gripe y exámenes preventivos de la presión arterial, sin costo alguno para usted.

## ¿Cómo puede inscribirse?



### **Solicitar por teléfono**

Llame al **(833) 659-0439, TTY 711**, para inscribirse por teléfono. Nuestro equipo de asesores confiables de Molina Medicare responderá sus preguntas y le ayudarán a inscribirse.



### **Solicitar en persona**

Si prefiere reunirse en persona con uno de nuestros asesores confiables de Molina Medicare, llámenos para programar una cita.



### **Solicitar por correo**

Simplemente llene la solicitud de inscripción y envíela usando el sobre con franqueo pagado. Si aún no tiene una solicitud de inscripción, llámenos y le enviaremos una por correo.



### **Solicitud en línea**

Visite [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://MolinaHealthcare.com/Medicare) para presentar su solicitud en línea.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

# Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

## English

**ATTENTION:** If you speak 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 the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

## Spanish

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma. También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

## Simplified Chinese

**注意：**如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

## Traditional Chinese

**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。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

## Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

## Haitian Creole

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 aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

## Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

## Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

## Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

## Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

## Polish

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 Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

## Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

## French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

## Urdu

### اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

## **Greek**

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

## **Albanian**

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

## **German**

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

## **Pennsylvania Dutch**

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deitsch schwetzscht, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

## **Vietnamese**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

## Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa. Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan. Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

## Japanese

注意：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。アクセス可能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をご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

## Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

## Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመርጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በነፃ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

## Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

## Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

## Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le tologia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le tologia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

## Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

## Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસવરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

## Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

**Hindi**

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। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

**Khmer**

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

**Laotian**

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

**Karen**

ဟ်သ့ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညိကျိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟ့ၣ်ပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရုၣ်တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

**Swahili**

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

## Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup. Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

## Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno. Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

## Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

## Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ñ sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ̀ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́fẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbé tó wà ní èyìn káàdì idánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rọ̀.

## Tamil

கவனிக்கவும்: நீங்கள் தமிழ் பேசுபவர் என்றால், உங்களுக்கு இலவச மொழி உதவிச் சேவைகள் கிடைக்கும். அணுகல் வசதிக் கேற்ற வடிவங்களில் தகவலை வழங்குவதற்கான தகுந்த, கூடுதல் உதவி அம்சங்களும் சேவைகளும் கூட கட்டணமின்றிக் கிடைக்கும். உங்கள் வழங்குநரிடம் பேச, உங்கள் ஐடி கார்டின் பின்பக்கமுள்ள உறுப்பினர் சேவை மைய எண்ணை அழைக்கவும்.



# ¿Todo listo para inscribirse o tiene preguntas?

**Llame al (833) 659-0439, TTY: 711**

**Los miembros actuales pueden llamar al:  
(833) 671-0440, TTY: 711**

El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local..