



Su plan MI Health Link, Aetna Better Health Premier Plan, está cambiando. En 2026, estará inscrito en MI Coordinated Health para recibir sus beneficios de Medicare y la mayoría de sus beneficios de Medicaid. Este plan es proporcionado por AETNA BETTER HEALTH OF MICHIGAN INC., que es la misma compañía que actualmente brinda la cobertura de su programa MI Health Link. Su nuevo plan es parte del programa MI Coordinated Health, que continuará coordinando sus servicios y apoyos de Medicare y Medicaid de Michigan. Seguirá recibiendo los mismos beneficios de atención médica que recibe ahora.

Continuará recibiendo servicios a través de MI Health Link hasta el 31 de diciembre de 2025. El 1 de enero de 2026, comenzará a recibir servicios automáticamente a través de MI Coordinated Health. No necesita hacer nada para conservar sus beneficios y plan de salud actuales.

Su nuevo plan le ayudará con todas sus necesidades de atención médica y continuará coordinando sus beneficios y atención. Esto incluye servicios médicos, dentales, de la vista, de audición, domésticos y comunitarios, suministros médicos, cobertura de medicamentos con receta de Medicare y medicamentos de Medicaid. El plan incluirá los médicos que visita actualmente o le ayudará a encontrar un nuevo médico que le agrade. Comenzará a recibir cartas sobre este cambio en octubre de 2025. Recibirá un conjunto de materiales para miembros, por ejemplo, una tarjeta de identificación de miembro e información sobre cómo ver su *Manual para miembros* en línea o solicite una copia impresa.

No tiene que hacer nada para seguir recibiendo atención médica de AETNA BETTER HEALTH OF MICHIGAN INC., sin embargo, si tiene preguntas sobre su cobertura en 2026, comuníquese con su plan actual de MI Health Link al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Puede encontrar más información sobre sus opciones de inscripción en la Sección G del formulario adjunto. *Aviso anual de cambios.*

AETNA BETTER HEALTH OF MICHIGAN INC. ofrece Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)

Aviso anual de cambios para 2026

Introducción

Actualmente usted está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, normas y costos. Este *Aviso anual de cambios* le informa sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, consulte el *Manual para miembros*, que se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP). Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual para miembros*.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español. Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Este documento está disponible sin cargo en árabe.

يتوفر هذا المستند مجاناً بالعربية.

- **Puede obtener este Aviso anual de cambios sin cargo en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (Los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)). El horario es de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.**
- Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) quiere asegurarse de que usted comprenda la información de su plan de salud. Si un idioma o formato diferente funciona mejor para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece al final de esta página para solicitar un cambio. (Esto se llama "solicitud permanente").
- Continuaremos enviándole correos y otras comunicaciones en el formato solicitado.
- Si desea cambiar su solicitud permanente por un idioma o formato preferido, llame al Departamento de Servicios para Miembros.
- Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)). Alguien que hable español, árabe lo puede ayudar. Este es un servicio gratuito.



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
(English)

እርስዎ ወጪ ሳያውጡ የቋንቋ አገልግሎቶችን ለመድረስ በመታወቂያ ካርድዎ (ID) ላይ ወዳለው ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

(Arabic) صول على خدمات اللغة مجاناً، اتصل بالرقم الموجود على بطاقة العضوية الخاصة بك.

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼。 (Chinese)

Tajaajila afaanii bilisaan argachuuf, lakkoofsa Waraqaa Eenyummeessaa (ID) keessan irra jiru irratti bilbilaa. (Cushite)

Pour accéder gratuitement aux services linguistiques, appelez le numéro figurant sur votre carte d'identité. (French)

Pou w jwenn aksè ak sèvis lang gratis pou ou, rele nimewo ki sou kat idantite w la. (French Creole)

Um kostenlos auf Sprachdienste zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrem Ausweis an. (German)

Inā ake 'oe e ili mai no ke kōkua manuahi me ka unuhi, e kelepona 'oe i ka helu ma kou kāleka ID. (Hawaiian)

Kom tau txais cov kev pab cuam txhais lus yam tsis sau nqi ntawm koj, thov hu rau tus xov tooj nyob ntawm koj daim npav ID. (Hmong)

Per accedere gratuitamente ai servizi linguistici, chiama il numero riportato sul tuo tesserino identificativo. (Italian)

無料の言語サービスをご利用いただくには、ご自身のIDカードに記載されている番号にお電話ください。 (Japanese)

လၢကမၤန့ၢ် ကျိၣ်တၢ် မၤစၢၤတၢ် မၤ လၢတလိၣ်လၢၣ်ဘျၣ်လၢၣ်စ့ၤ လၢန့ၢ်ဂီၢ်အဂီၢ်, ကိးနီၣ်ဂံၢ် လၢအအိၣ်ဖဲန ID အဖီခိၣ်န့ၣ် တက့ၢ်. (Karen)

무료로 언어 서비스를 이용하려면 ID 카드에 적힌 전화번호로 전화하세요. (Korean)

ຮີໂພ໌ ອຮີໂຂ໌ າງການບໍລິການພາສາໂດຍບ ເສຍຄ່າ ິໃຊ້ຈ່າຍໃດໆແກ່ ທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາຕາມ ນີໂທ໌ ຢູ່ໃນ ບັດ ປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ. (Laotian)



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

ដើម្បីទទួលបានសេវាដែលបានកំណត់ ពីអ្នកសម្របសម្រួល លេខដែលនៅលើកាតសម្រាប់សេវា
បំណង ក៏។ (Mon-Khmer, Cambodian)

(Persian farsi) برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس
بگیرید

Aby uzyskać bezpłatny dostęp do usług językowych, zadzwoń pod numer podany na karcie ID. (Polish)

Ligue para o número que está no seu cartão de identificação para receber assistência linguística gratuita. (Portuguese)

Чтобы получить бесплатные языковые услуги, позвоните по номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте. (Russian)

Para acceder a servicios de idiomas sin costo alguno, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Upang ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kang babayaran, tawagan ang numero sa iyong ID card. (Tagalog)

Để truy cập dịch vụ ngôn ngữ miễn phí, hãy gọi đến số điện thoại trên thẻ ID của quý vị. (Vietnamese)

Y0001_Y0130_H6399_2025_V1



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **[AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP)**.

Índice

A. Descargo de responsabilidad	6
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan para el próximo año	6
B1. Información sobre Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).....	6
B2. Cosas importantes que hacer	6
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	7
D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias	7
E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	8
E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos	8
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	14
E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”	16
E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura en situaciones catastróficas”	20
F. Cambios administrativos	20
G. Elegir un plan.....	21
G1. Seguir en nuestro plan	21
G2. Cambiar de plan.....	22
H. Obtener ayuda	26
H1. Nuestro plan.....	26
H2. Opciones de MI.....	27
H3. Defensor del pueblo de la Comunidad, el Hogar y la Salud de MI (MI CHHO)	27
H4. Medicare	27
H5. Medicaid de Michigan	28
H6. El plan de pago de recetas de Medicare.....	28



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

A. Descargo de responsabilidad

- Debido a la legislación en Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026 es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid de Michigan para el próximo año

Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá cubriendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface tus necesidades, es posible que pueda abandonar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Nuevos miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP): En la mayoría de los casos, estará inscrito en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) para recibir sus beneficios de Medicare el 1er día del mes después de solicitar su inscripción en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Es posible que aún reciba sus beneficios de Medicaid de Michigan de su plan de salud de Medicaid de Michigan anterior durante un mes más. Después de eso, recibirá sus servicios de Medicaid de Michigan a través de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). No habrá ninguna brecha en su cobertura de Medicaid de Michigan. Llámenos al número que aparece al final de la página si tiene alguna pregunta.

Si decide abandonar nuestro plan, su membresía finalizará el último día del mes en el que realizó su solicitud. Seguirá en los programas Medicare y Medicaid de Michigan mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, podrá obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Opciones de Medicaid de Michigan en la **Sección G2**.

B1. Información sobre Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)

- Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para brindar los beneficios de ambos programas a los miembros. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” o “nuestro plan”, significa Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes que hacer

- Consulte si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que pueda afectarte.**
 - ¿Hay algún cambio que afecte los servicios que utiliza?
 - Revise los cambios en los costos y beneficios para asegurarse de que funcionarán para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que pueda afectarle.**
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos? ¿Están en un nivel diferente de costo compartido?
 - ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio como autorización previa, tratamiento escalonado o límites de cantidad?



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetnamedicare.com/MICHDSNP).

- Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos funcionará para usted el próximo año.
- Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Es posible que sus costos de medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede permitirle ahorrar costos anuales de bolsillo durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están sus médicos, incluidos sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en los costos generales del plan.**
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Piense si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide quedarse con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP):

Si quiere quedarse con nosotros el año que viene es muy fácil: no necesita hacer nada. Si no realiza ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura se adaptará mejor a sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan o se cambia a Original Medicare, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambia de Aetna Better Health Premier Plan a Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP). Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación y el nombre del nuevo plan aparecerá en todos nuestros documentos y cartas del plan. Comience a utilizar su nueva tarjeta a partir del 1 de enero de 2026.

D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos dependen de la farmacia que utilice. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.

Consulte el **Directorio de proveedores y farmacias de 2026** para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacia están en nuestra red. El *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/MICHDSNP. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP.

Es importante que sepa que también podemos realizar cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor abandona nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su *Manual para miembros* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que aparece en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para ciertos servicios médicos el próximo año. La siguiente tabla describe estos cambios.

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Tarjeta de beneficios adicionales de Medicare de Aetna	Con este plan, usted obtiene una Tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar ciertos gastos cotidianos. Su plan incluye un Billetera de venta libre (OTC) con un monto de beneficio mensual de \$60 (asignación). Si es elegible para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI), también recibirá una Billetera de apoyo adicional con un monto de beneficio mensual de \$50 (asignación). Las categorías de gastos de la Billetera de apoyo adicional incluyen: • Alimentos saludables • Servicios públicos Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.	Con este plan, usted obtiene una Tarjeta de beneficios adicionales para ayudarle a pagar ciertos gastos cotidianos. Su plan incluye un Billetera de venta libre (OTC) con un monto de beneficio mensual de \$220 (asignación). Si es elegible para los Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos (SSBCI), su Billetera de venta libre (OTC) cambiará a Billetera de apoyo adicional con categorías de gastos adicionales. Las categorías de gastos de la Billetera de apoyo adicional incluyen: • Alimentos saludables • Productos de venta libre (OTC) • Transporte • Servicios públicos • Productos de cuidado personal Importante: Conserve su Tarjeta de beneficios adicionales. No recibirá una tarjeta nueva por correo para el año del plan 2026. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información y conocer la calificación para elegibilidad.
Examen físico de rutina anual	Los exámenes físicos de rutina anuales no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Detección del cáncer de mama (mamografías)	Usted paga un copago de \$0 por una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más.	Usted paga un copago de \$0 por una mamografía de detección cada año calendario para mujeres de 40 años o más.
Servicios quiroprácticos (adicionales)	Los servicios quiroprácticos adicionales (no cubiertos por Medicare) <u>no</u> están cubiertos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio adicional (no cubierto por Medicare) (doce visitas cada año). La red de proveedores de Aetna proporciona servicios quiroprácticos adicionales (no cubiertos por Medicare).
Beneficio del teléfono celular	Los miembros calificados son elegibles para recibir un teléfono inteligente con minutos de llamada y datos a través del proveedor Lifeline.	El beneficio del teléfono celular <u>no</u> está cubierto.
Prueba de detección de cáncer colorrectal	Usted paga un copago de \$0 por pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más (una vez cada 12 meses).	Usted paga un copago de \$0 por pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más (dos veces por año calendario). Usted paga un copago de \$0 por pruebas de sangre oculta en heces basadas en guayaco para pacientes de 45 años y más (dos veces por año calendario).
Servicios de transición comunitaria	El plan cubrirá gastos únicos para ayudarlo en la transición de un hogar de convalecencia a otra residencia donde usted sea responsable de su propio arreglo de vivienda.	Los servicios de transición comunitaria <u>no</u> están cubiertos.
Asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (42 visitas cada año).	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (visitas ilimitadas cada año).



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Servicios dentales (adicionales)	Nuestro plan pagará los siguientes servicios: • Exámenes y evaluaciones (una vez cada seis meses) • Limpiezas (una vez cada seis meses) • Tratamiento con fluoruro de diamina de plata (máximo de seis aplicaciones durante toda la vida) • Rayos X • Radiografías de aleta de mordida son un beneficio cubierto (una vez en un período de 12 meses) • Radiografía panorámica (una vez cada cinco años) • Radiografías de boca completa o serie completa de radiografías (una vez cada cinco años) • Empastes • Extracciones dentales • Dentaduras postizas completas o parciales (una vez cada cinco años) • Selladores (una vez cada tres años, si se cumplen los criterios) • Restauraciones indirectas (coronas) (una vez cada 5 años por diente, si se cumplen los criterios) • Tratamiento de conducto radicular/ retratamiento de conducto radicular previo • Evaluación periodontal integral • Descamación en presencia de inflamación • Raspado periodontal y alisado radicular • Otro mantenimiento periodontal	Beneficio máximo de servicios dentales adicionales: El plan paga \$2,600 cada año por servicios dentales preventivos adicionales y servicios dentales integrales adicionales combinados. DentaQuest proporciona servicios dentales adicionales (no cubiertos por Medicare). Servicios dentales preventivos: • Exámenes orales: Copago de \$0 • Rayos X: Copago de \$0 • Otros servicios de diagnóstico dental: Copago de \$0 • Limpiezas: Sin cobertura • Tratamientos con flúor: Sin cobertura • Otros servicios dentales preventivos: Copago de \$0 Servicios dentales integrales: • Servicios restaurativos: Copago de \$0 • Endodoncia: Copago de \$0 • Periodoncia: Copago de \$0 • Prótesis fija: Copago de \$0 • Prótesis removibles: Copago de \$0 • Prótesis maxilofaciales: Sin cobertura • Cirugía oral y maxilofacial: Copago de \$0 • Servicios de implantes: Sin cobertura • Ortodoncia: Sin cobertura • Servicios generales complementarios: Copago de \$0 Consulte el calendario dental en el <i>Manual para miembros</i> para obtener más detalles.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Atención de emergencia (en todo el mundo)	Los servicios de atención de emergencia (en todo el mundo) <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. El costo compartido se exime si usted es admitido al hospital. Hay un monto máximo de beneficio combinado de \$250,000 por atención de emergencia en todo el mundo, transporte de emergencia y atención de urgencia.
Transporte de emergencia (en todo el mundo)	Los servicios de transporte de emergencia (en todo el mundo) <u>no</u> están cubiertos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. El costo compartido <u>no</u> se exime si es admitido en el hospital. Hay un monto máximo de beneficio combinado de \$250,000 por atención de emergencia en todo el mundo, transporte de emergencia y atención de urgencia.
Exámenes de la vista (exámenes de seguimiento de la vista para diabéticos)	Los exámenes de la vista (exámenes de seguimiento de la vista para diabéticos) <u>no</u> están cubiertos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare.
Exámenes de la vista (no cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (un examen cada dos años).	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (un examen cada año).



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Anteojos (recetados) (no cubiertos por Medicare)	Beneficio máximo adicional en anteojos recetados: No existe un monto máximo de beneficio para anteojos recetados adicionales El plan pagará un par inicial de anteojos. Los anteojos de reemplazo se ofrecen una vez al año. El plan pagará lentes de contacto para personas con ciertas afecciones.	Beneficio máximo adicional en anteojos recetados: El plan paga \$250 cada año para anteojos recetados adicionales. Anteojos recetados cubiertos: • Lentes de contacto: Copago de \$0 • Anteojos (lentes y marcos): Copago de \$0 • Lentes para anteojos: Copago de \$0 • Marcos para anteojos: Copago de \$0 • Mejoras (incluida protección UV y revestimiento antirayas): Copago de \$0 VSP ofrece servicios adicionales de anteojos recetados. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.
Prevención de caídas	Los servicios de prevención de caídas son <u>no</u> están cubiertos	Nuestro plan le proporciona una asignación anual de \$100 para comprar ciertos dispositivos de seguridad para el hogar y el baño clínicamente apropiados que pueden ayudarlo a controlar discapacidades físicas y mejorar su capacidad para moverse con seguridad en su hogar. Consulte su <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.
Adaptación y evaluación de audífonos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (dos veces al año)	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (una evaluación/adaptación de audífonos cada año).



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Audífonos	Asignación máxima de beneficio para audífonos: No existe un monto máximo de beneficio para los audífonos. Usted es elegible para recibir dos audífonos una vez cada cinco años.	Asignación máxima de beneficio para audífonos: El plan paga \$1,500 por oído para audífonos cada año. Usted es elegible par recibir dos audífonos cada año. NationsHearing proporciona los audífonos. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.
Exámenes de audición (de rutina)	Los exámenes de audición (de rutina) <u>no</u> están cubiertos	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare (un examen cada año).
Apoyo en el hogar: Servicios de atención personal	Apoyo en el hogar: Los servicios de atención personal <u>no</u> están cubiertos	Usted puede ser elegible para recibir hasta 40 horas de servicios de atención personal en el hogar por año. Este beneficio puede brindar ayuda con la preparación de comidas, tareas domésticas livianas, como ayuda con su cama o pequeñas tareas del hogar, ayudarlo a caminar o moverse, ayudarlo con la higiene y atención personal, recordatorios de medicamentos y otras actividades de la vida diaria que se centran en mejorar o mantener el estado de su salud. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información y conocer los criterios de elegibilidad.
Beneficio de comida (después del alta)	Usted paga un copago de \$0 por 20 comidas entregadas a domicilio después del alta hospitalaria	Usted paga un copago de \$0 por 28 comidas durante un período de 14 días después del alta de un hospital agudo para pacientes internados, un hospital psiquiátrico para pacientes internados o un centro de atención de enfermería especializada. Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información. NationsMarket proporciona las comidas.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Nuestras categorías del programa escalonado de la Parte B y los medicamentos específicos pueden cambiar anualmente. Visite el siguiente enlace para revisar nuestra lista de medicamentos de la Parte B de Medicare que pueden estar sujetos al tratamiento escalonado: Aetna.com/PartB-Step . Consulte el <i>Manual para miembros</i> para obtener más información.	
Servicios de atención urgente (en todo el mundo)	Los servicios de atención de urgencia (en todo el mundo) <u>no</u> están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por cada servicio no cubierto por Medicare. El costo compartido <u>no</u> se exime si es admitido en el hospital. Hay un monto máximo de beneficio combinado de \$250,000 por atención de emergencia en todo el mundo, transporte de emergencia y atención de urgencia.
Pelucas	Las pelucas <u>no</u> están cubiertas.	El plan paga hasta \$400 cada año por las pelucas cubiertas relacionadas con la pérdida de cabello debido a la quimioterapia.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

La *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada se encuentra en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP). También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para solicitarnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*. La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama “*Lista de medicamentos*”.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y averiguar si existen restricciones o si su medicamento ha sido trasladado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el principio de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea al menos una vez al mes para proporcionar la versión más actualizada de la *Lista de medicamentos*. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Trabaje con su médico (u otro médico que le recetó medicamentos) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página o comunicarse con su Coordinador de atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que trate la misma afección.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.
- Pídanos que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es para hasta 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su *Manual para miembros*).
 - Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando dicho suministro temporal se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente que cubra nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción para usted y cubramos su medicamento actual.
 - Si su receta está escrita para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo. Debe obtener la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de atención a largo plazo pueden proporcionarle su medicamento con receta en pequeñas cantidades a la vez para evitar el desperdicio.
 - Si recibió una excepción de formulario para un medicamento que toma actualmente, consulte la carta que recibió que autorizó la excepción. Esta carta le informará si la excepción continúa después de 2025. Si dice que su excepción de formulario vencerá en o al final de 2025, deberá presentar una nueva solicitud de excepción para el medicamento para 2026, si el estado del formulario no ha cambiado.
 - Puede revisar el formulario completo de 2026 en nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP) para ver si los cambios afectan su medicamento. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página para solicitar una excepción al formulario para 2026



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de Medicare Parte D bajo nuestro plan. La cantidad que usted paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtiene una receta o una renovación de la misma. Estas son las dos etapas:

Etapa 1 Etapa de cobertura inicial	Etapa 2 Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:
Durante esta etapa, nuestro plan paga parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Esta etapa comienza cuando obtiene su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza con esta etapa después de pagar una cierta cantidad de costos de su bolsillo.

La etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos totales de bolsillo por medicamentos alcanzan \$2,100. En ese momento comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta fin de año. Consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para miembros* para obtener más información sobre cuánto paga por los medicamentos.

En virtud del Programa de descuentos del fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan para medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos pagados por los fabricantes en virtud del Programa de descuentos para fabricantes no cuentan para los gastos de bolsillo.

E3. Etapa 1: “Etapa de cobertura inicial”

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga una parte del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido en el que se encuentra el medicamento y de dónde lo obtiene. Usted paga un copago cada vez que obtiene una receta. Si el medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Trasladamos algunos de los medicamentos de nuestra *Lista de medicamentos* a un nivel del medicamento inferior o superior. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, esto podría afectar su copago. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra *Lista de medicamentos*.

La siguiente tabla muestra sus costos para un suministro de un mes obtenido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada una de nuestros 5 niveles de los medicamentos. Estas cantidades se aplican **solo** durante el tiempo en que se encuentra en la Etapa de cobertura inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas por correo, visite el **Capítulo 6, Sección D** de su *Manual para miembros*.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Cobertura de medicamentos de la Parte D	Para medicamentos genéricos cubiertos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos), \$0 por receta. Para todos los demás medicamentos cubiertos, \$0 por receta.	Si califica para recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, usted paga: Deducible anual: \$0 Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): \$0 o \$1.60 o \$5.10 por receta Todos los demás medicamentos: \$0 o \$4.90 o \$12.65 por receta Si no califica para la “Ayuda Adicional” de Medicare para ayudar a pagar sus medicamentos recetados, usted paga:
Medicamentos en el Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 1 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de \$0. Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0. Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de \$0.	Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de \$0. Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de \$0.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 2 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de \$0 . Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0 . Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de \$0 . Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de \$0 .
Medicamentos en el Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 3 que se obtiene en una farmacia de la red	Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de \$0 . Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de \$0 . Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de \$0 .	Deducible anual: Pagará un deducible anual de \$615 en sus medicamentos de Nivel 3. Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 hasta alcanzar el deducible anual. Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de 22% . Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de un máximo de \$35 . Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de 22% .



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Medicamentos en el Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 4 que se obtiene en una farmacia de la red	La <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan solo tenía 3 niveles para 2025.	Deducible anual: Pagará un deducible anual de \$615 en sus medicamentos de Nivel 4. Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 4 hasta alcanzar el deducible anual. Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de 25%. Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de un máximo de \$35. Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de 25%.
Medicamentos en el Nivel 5 (Medicamentos especializados) Costo de un suministro para un mes de un medicamento en el Nivel 5 que se obtiene en una farmacia de la red	La <i>Lista de medicamentos</i> de nuestro plan solo tenía 3 niveles para 2025.	Deducible anual: Pagará un deducible anual de \$615 en sus medicamentos de Nivel 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos de Nivel 5 hasta alcanzar el deducible anual. Su copago por un suministro de un mes (hasta un suministro para 30 días en un entorno para pacientes externos y 31 días en un centro de atención a largo plazo) es de 25%. Su costo por un suministro de un mes (hasta 30 días) de cada producto de insulina cubierto es de un máximo de \$35. Su copago por una receta para pedido por correo de un mes (30 días) es de 25%.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

La Etapa de cobertura inicial finaliza cuando sus costos totales de bolsillo alcanzan \$2,100. En ese momento comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde entonces hasta fin de año. Consulte el Capítulo 6 de su Manual para miembros para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos recetados.

E4. Etapa 2: “Etapa de cobertura en situaciones catastróficas”

Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo de **\$2,100** para medicamentos, comienza la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos. Permanece en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte el **Capítulo 6** de su *Manual para miembros*.

F. Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Administración de servicios de salud conductual	En 2025 todos los servicios de salud conductual están disponibles para los miembros del plan a través de la red de proveedores del Plan de salud prepago para pacientes internados (PIHP) local. Estos servicios están disponibles y coordinados a través de su Coordinador de Atención y el PIHP.	Algunos servicios de salud conductual están disponibles para los miembros a través de la red de proveedores del Plan de salud prepago para pacientes internados (PIHP) local, mientras que otros están disponibles a través de nuestro plan. Estos servicios están disponibles y coordinados a través de su Coordinador de Atención y el PIHP. Si necesita servicios de salud conductual, hable con su coordinador de atención.
Monitores de glucosa en sangre y suministros médicos para diabéticos	En 2025, el fabricante preferido de monitores de glucosa en sangre y suministros médicos para diabéticos es OneTouch/LifeScan. Es posible que se requiera autorización previa para fabricantes que no sean OneTouch/LifeScan.	En 2026, el fabricante preferido de monitores de glucosa en sangre y suministros médicos para diabéticos es Accu-Chek/Roche y TRUE/Trividia. Se requiere autorización previa para fabricantes que no sean Accu-Chek/Roche o TRUE/Trividia.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.aetna.com/MICHDSNP).

Descripción	2025 (este año)	2026 (el año que viene)
Monitores y sensores de glucosa continua	En 2025, los monitores continuos de glucosa Dexcom y FreeStyle Libre, así como sus suministros, están disponibles en farmacias participantes. Su proveedor debe obtener autorización para un monitor continuo de glucosa. Los sensores se pueden obtener sin autorización previa del plan.	En 2026, los monitores continuos de glucosa Dexcom y FreeStyle Libre, así como sus suministros, están disponibles sin autorización previa en farmacias de la red con antecedentes de uso de insulina en los últimos 6 meses. Se puede aplicar una autorización previa para monitores y sensores, así como solicitudes de excepción si se exceden los límites de cantidad que se alinean con las pautas de cobertura de Medicare.
Número de contrato y número del PBP	En 2025, el número de contrato y el número del PBP de su plan son H8026-001.	En 2026, el número de contrato y el número del PBP de su plan serán H9314-001.
Plan de pago de recetas de Medicare	El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarlo a administrar los costos de bolsillo de los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero-diciembre). Es posible que participe en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-676-5772 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov .
Horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros	En 2025, el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros es las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	En 2026, el horario de atención del Departamento de Servicios para Miembros será de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.
Dirección del sitio web del plan	En 2025, el sitio web de su plan es AetnaBetterHealth.com/Michigan-mmp .	En 2026, el sitio web de su plan será AetnaMedicare.com/MICHDSNP .

G. Elegir un plan

G1. Seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan.

No tiene que hacer nada para permanecer en nuestro plan. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o cambie a Original Medicare, permanecerá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan durante 2026.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas con Medicare pueden finalizar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene el plan Medicaid MICH de Michigan, puede finalizar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted podrá finalizar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de inscripción abierta**, que dura desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan finaliza el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que dura desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del mes siguiente.

Puede haber otras situaciones en las que sea elegible para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Se mudó fuera de nuestra área de servicio,
- Su elegibilidad para Medicaid de Michigan o Ayuda Adicional cambió, o
- Recientemente se mudó o actualmente está recibiendo atención en una institución (como un centro de atención de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mude.

Sus servicios de Medicare

Usted tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se detalla a continuación durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, finalizará automáticamente su membresía en nuestro plan:



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al **1-855-676-5772** (TTY: **711**), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

1. Puede cambiar a:

Otro plan que le proporciona sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan de necesidades especiales integrado para personas con doble elegibilidad (D-SNP) o plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), si califica.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al [877-2MI-PACE](tel:877-2MI-PACE).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o al [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. La llamada y la ayuda son gratuitas. Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acsls/state-health-insurance-assistance-program

O

Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.

Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

También puede comunicarse directamente con el plan al que desea inscribirse.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP.

2. Puede cambiar a:

Original Medicare con un plan de medicamentos de Medicare separado

Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o al [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. La llamada y la ayuda son gratuitas. Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acsls/state-health-insurance-assistance-program

O

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.

Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP.

3. Puede cambiar a:

Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado

Para solicitar Medicaid, complete una solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.

NOTA: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que le haya comunicado a Medicare que ha optado por no participar.

Solo debe cancelar la cobertura de medicamentos si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o al [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630) de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o al [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630) de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program

Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP.

4. Puede cambiar a:

Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertas épocas del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la Sección **G2**.

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

Para consultas sobre el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE), llame al [877-2MI-PACE](tel:877-2MI-PACE).

Si necesita ayuda o más información:

- Llame a MI Options al [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o al [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar.

O

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Se le cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan de Medicare cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Sus servicios de Medicaid de Michigan

Si tiene preguntas sobre cómo obtener sus servicios de Medicaid de Michigan después de abandonar nuestro plan, comuníquese con la Línea de ayuda para beneficiarios: [1-800-642-3195](tel:1-800-642-3195) o visite beneficiarysupport@michigan.gov. Para obtener más información, visite www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support. Pregunte cómo el hecho de unirse a otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid de Michigan.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen en la parte inferior de la página durante los días y horarios de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su *Manual para miembros*

Su *Manual para miembros* es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Contiene detalles sobre los beneficios y costos para 2026. Explica sus derechos y las normas a seguir para obtener los servicios y medicamentos que cubrimos.

El *Manual para miembros* de 2026 estará disponible antes del 15 de octubre. Una copia actualizada del *Manual para miembros* está disponible en nuestro sitio web en AetnaMedicare.com/MICHDSNP. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros a los números que aparecen al final de la página para solicitarnos que le enviemos por correo un *Manual para miembros* de 2026.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP). Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*.

H2. Opciones de MI

También puede llamar al programa de seguro de salud estatal (SHIP). En Michigan, el programa SHIP se llama MI Options. MI Options puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. MI Options no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. MI Options cuenta con consejeros capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de MI Options es [1-800-803-7174](tel:1-800-803-7174) o [1-800-975-7630](tel:1-800-975-7630), TTY: [1-888-263-5897](tel:1-888-263-5897). Este número requiere un equipo telefónico especial y es sólo para personas que tienen dificultades para escuchar o hablar. Para obtener más información o encontrar una oficina local de MI Options en su área, visite michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/state-health-insurance-assistance-program

H3. Defensor del pueblo de la Comunidad, el Hogar y la Salud de MI (MI CHHO)

El Defensor del pueblo de la Comunidad, del Hogar y de la Salud de MI (MI CHHO) actúa como defensor y solucionador de problemas para las personas inscritas en el programa MICH de Michigan. MI CHHO no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud y todos sus servicios son gratuitos y mantiene toda la información confidencial. Llame a MI CHHO si tiene problemas o demoras con su plan MICH que le brinda atención médica, servicios, equipos, otros beneficios o con la calidad de la atención. MI CHHO también puede ayudarle a aprender sobre MICH y las opciones de atención en la comunidad, incluidos sus derechos. Puede llamar al Defensor del pueblo de la Comunidad, el Hogar y la Salud de MI (MI CHHO) si su plan MICH le ha negado atención médica, servicios, equipos u otros beneficios, incluida ayuda con las apelaciones.

Contáctenos a nuestra línea directa gratuita en: [1-888-746-6456](tel:1-888-746-6456).

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).
- Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)). Si decide cancelar su inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. [Para obtener información sobre los planes, visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) y haga clic en "Find plans" ("Buscar planes")].

Medicare y usted 2026

Puede leer el manual *Medicare y usted 2026*. Cada año, en otoño, este manual se envía por correo a las personas con Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o llamar al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)). Los usuarios de TTY deben llamar al [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

H5. Medicaid de Michigan

Medicaid de Michigan es un programa de atención médica que brinda servicios de atención médica integrales a adultos y niños de bajos ingresos. Los servicios cubiertos por Medicaid se ofrecen a través de lo que se denomina pago por servicio o a través de los Planes de Salud de Medicaid:

- Pago por servicio es el término que se utiliza para los servicios pagos de Medicaid que no se brindan a través de un plan de salud. Esto significa que Medicaid paga por el servicio. Las personas que pagan por servicio utilizarán la tarjeta MIhealth para recibir servicios.
- Puede encontrar información adicional sobre MIhealth accediendo al siguiente sitio web <https://www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/adults/quicklinks/the-mihealth-card>.
- La mayoría de las personas deben unirse a un plan de salud. El plan de salud paga la mayoría de los servicios. Para las personas que necesitan unirse a un plan de salud, Michigan Enrolls enviará una carta con más información. Después de inscribirse en un plan de salud, se necesitan tanto la tarjeta MIhealth como la tarjeta del plan de salud para acceder a los servicios. Para obtener información adicional sobre cómo unirse a un plan de salud, visite el siguiente sitio web https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder2/Folder14/Folder1/Folder114/MHP_Service_Area_Listing.pdf?rev=fe2f344f7c46481fb39eb034a8601cd5&hash=D59C718240AE79F1F708D4103AD823A8.

Costos

Los inscritos no tienen que pagar el costo total de los servicios cubiertos; sin embargo, es posible que se requiera una pequeña cantidad llamada copago. Las personas de 21 años o más pueden tener un copago por los servicios que se enumeran en los Requisitos de copago para beneficiarios. Para ver una lista de los montos de copago en esta tabla, visite https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder1/Folder60/WebCo-PayTable_11-02-06.pdf?rev=39dfeae1839e4434b66f503f84d63e45&hash=18CE85BF53B120E81739BD1F781CE2B8.

H6. El plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce sus costos en medicamentos.

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica en su estado (SPAP) y el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), para aquellos que califican, es más ventajosa que participar solo en el Plan de pago de recetas de Medicare. Todos los inscritos son elegibles para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece al final de esta página o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).



Si tiene preguntas, comuníquese con Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:711)), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite [AetnaMedicare.com/MICHDSNP](https://www.AetnaMedicare.com/MICHDSNP).

Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP): Aviso de no discriminación

Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (de acuerdo con la Sección 92.101(a)(2) del Título 45 del CFR). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos a las personas con discapacidad modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares gratuitos y apropiados para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (braille, letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
 - Documentos traducidos electrónicamente y escritos
- Modificaciones razonables para personas con discapacidad

Si necesita estos servicios, comuníquese con **Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)** al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772). Para servicios TTY/TDD, llame al [711](tel:711).

Si considera que Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP) no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator

Attn: 1557 Coordinator
CVS Pharmacy, Inc.
1 CVS Drive, MC 2332,
Woonsocket, RI 02895

[1-833-220-0349](tel:1-833-220-0349) (TTY: [711](tel:711))

Correo electrónico: Coordinator1557@cvshealth.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, teléfono o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el **Coordinador de Derechos Civiles** está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien puede hacerlo por correo o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
[800-368-1019](tel:800-368-1019), (TDD: [800-537-7697](tel:800-537-7697)).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
Este aviso está disponible en el sitio web de Aetna Inc.: <https://www.aetna.com/medicare>

De qué manera protegemos su privacidad

Qué es y qué no es información personal

Por “información personal” nos referimos a información que puede utilizarse para identificarlo. Puede incluir información financiera y de salud. No incluye lo que el público puede ver fácilmente. Por ejemplo, cualquiera puede ver lo que cubre su plan.

Cómo obtenemos la información sobre usted

Obtenemos información sobre usted de muchas fuentes, incluido usted mismo. También obtenemos información de su empleador, otras aseguradoras o proveedores de atención médica, como médicos.

Cuando la información es incorrecta

¿Cree que hay algo incorrecto o que falta en su información personal? Puede pedirnos que la modifiquemos. La ley dice que debemos hacer esto de manera oportuna. Si no estamos de acuerdo con su cambio, puede presentar una apelación. La información sobre cómo presentar una apelación está en nuestro sitio web para miembros. O puede llamar al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Cómo usamos esta información

Cuando la ley nos lo permite, utilizamos su información personal tanto dentro como fuera de nuestra empresa. La ley dice que no necesitamos obtener su aprobación cuando la necesitamos. Podemos usarla para brindarle atención médica o para administrar nuestros planes. También podemos utilizar su información cuando pagamos reclamaciones o trabajamos con otras aseguradoras para pagar reclamaciones. Podemos utilizarla para tomar decisiones del plan, realizar auditorías o estudiar la calidad de nuestro trabajo. Esto significa que podemos compartir su información con médicos, dentistas, farmacias, hospitales u otros cuidadores. También podemos compartirlo con otras aseguradoras, proveedores, oficinas gubernamentales o administradores externos. Sin embargo, por ley, todos estos terceros deben mantener la privacidad de su información.

Cuándo necesitamos su permiso

En ocasiones, necesitamos su permiso para divulgar información personal. Esto se explica en nuestro Aviso sobre prácticas de privacidad, que entró en vigor el 10 de octubre de 2020. En este aviso se aclara cómo usamos o divulgamos su información de salud protegida (PHI):

- Para fines de compensación laboral
- Según lo exige la ley
- Sobre las personas que han fallecido
- Para la donación de órganos
- Para cumplir con nuestras obligaciones de acceso individual y cumplimiento y aplicación de HIPAA

Para obtener una copia de este aviso, simplemente visite nuestro sitio web para miembros o llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

Puedes ver en línea la información sobre los beneficios de su plan 2026



Este aviso es para ayudarlo a encontrar información importante del plan. Toda la información estará disponible en línea antes del 15 de octubre de 2025.

Dónde ver información

Consulte la información sobre su plan en línea en:	AetnaMedicare.com/MICHDSNP
También puede ver este sitio web en español. Visite	Aetnamedicare.com/MichDSNP-ES

Qué buscar

Puede obtener más información sobre los beneficios, programas y servicios de su plan, sus derechos y responsabilidades como miembro, y cómo presentar un reclamo o apelación en línea. Para solicitar una copia impresa de un documento, llame al número de teléfono que aparece a continuación. También puede obtener asistencia lingüística llamando al [1-855-676-5772](tel:1-855-676-5772) (TTY: [711](tel:1-855-676-5772)).

Manual para miembros	Una descripción completa de la cobertura de su plan. AetnaMedicare.com/MICHDSNP 1-855-676-5772 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
Lista de medicamentos cubiertos (formulario)	Una lista de los medicamentos que cubre su plan. Incluye el nivel del medicamento, además de los requisitos especiales, como la autorización previa, los límites de cantidad o el tratamiento escalonado. AetnaMedicare.com/MICHDSNP 1-855-676-5772 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana
Directorio de proveedores.	Puede encontrar un médico cerca de usted con nuestro directorio de búsqueda en línea. AetnaMedicare.com/MICHDSNP 1-855-676-5772 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana
Directorio de farmacias	Puede encontrar una farmacia cerca de usted con nuestro directorio de búsqueda en línea. AetnaMedicare.com/MICHDSNP 1-855-676-5772 (TTY: 711), de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., los 7 días de la semana

Los proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. El formulario o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Debido a la legislación en Arkansas, a partir del 1 de enero de 2026 es posible que no pueda utilizar los siguientes servicios dentro del estado de Arkansas, a menos que un tribunal tome medidas: Farmacias minoristas de CVS, servicio de farmacia por correo de CVS Caremark, CVS Specialty y farmacias a largo plazo de OMNI Care.



Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Medicare HIDE (HMO D-SNP)

Método	Departamento de Servicios para Miembros: Información de contacto	
LLAMADA	1-855-676-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m a 08:00 p. m., los 7 días de la semana. El Departamento de Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 08:00 a. m a 08:00 p. m., los 7 días de la semana.	
CORREO	Aetna Medicare HIDE Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998	
SITIO WEB	Visite AetnaMedicare.com/MICHDSNP o escanee este código con su teléfono inteligente para visitar nuestro sitio web.	