

Planes de Medicare con usted en mente.



Gracias por considerar el único plan Medicare Advantage respaldado por Memorial Hermann, un sistema médico conocido y de confianza desde hace más de 100 años.

Elegir el plan médico adecuado es una decisión importante. Estamos aquí para ayudarlo a encontrar la atención adecuada y la cobertura que mejor se adapte a su estilo de vida.



Qué esperar con un plan Memorial Hermann Advantage:



Una amplia red de médicos dedicados a dar la mejor cobertura posible en salud y bienestar.



Reciba atención de calidad más cerca de usted en más de 17 hospitales locales y más de 50 centros de atención de urgencia.



Obtenga beneficios más allá del alcance de Medicare tradicional, incluyendo cobertura de medicamentos, beneficios dentales y una tarjeta de gastos flexibles.



Acceda a programas de fitness y bienestar diseñados para ayudarlo a vivir su mejor vida.

Estamos aquí para ayudar.

855.612.2890 (TTY 711)
8:00 a. m. a 8:00 p. m., CT

Índice

Información de Medicare	03
Beneficios y información del plan	07
Información de inscripción	17
Material para agentes	29
Recursos para miembros	35
Documentos legales	38



Información de Medicare

APRENDA LO BÁSICO

Medicare Original

Medicare Original incluye dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Medicare Original cubre la mayoría de los costos de los servicios y suministros médicos aprobados, pero no todos.

Medicare Advantage

Medicare Advantage agrupa su cobertura de la Parte A, la Parte B y, normalmente, la Parte D en un solo plan. Los planes pueden ofrecer algunos beneficios adicionales que Medicare Original no cubre, como servicios de atención dental, de la vista y audición.

	Medicare Original (PARTE A+B)	Medicare Advantage (PARTE C)
Costos	Usted paga la prima de la Parte B, deducible y coseguros	Además de la prima de la Parte B, usted paga una prima mensual baja (o ninguna) y copagos
Máximo de gastos de bolsillo	Sin límite	Límite anual
Ventas Libre (OTC)	✗	✓
Beneficio de comestibles	✗	✓
Audición y vista	✗	✓
Cobertura dental integral	✗	✓
Cobertura de medicamentos (PARTE D)	✗	✓
Beneficios de fitness y programas de bienestar	✗	✓

TÉRMINOS CLAVE DE MEDICARE

Coseguro

Costos que usted y el plan de seguro médico pagan divididos en porcentajes.

Copago

Cantidad fija que paga en el momento de recibir un servicio cubierto.

Deducible

Cantidad que paga antes de que el plan cubra los costos de sus medicamentos con receta.

Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)

Cantidad máxima que paga durante un período de la póliza (normalmente un año). Después de que alcance su máximo de gastos de bolsillo, su plan paga el 100 % de la cantidad permitida de servicios cubiertos por el resto del período de la póliza.

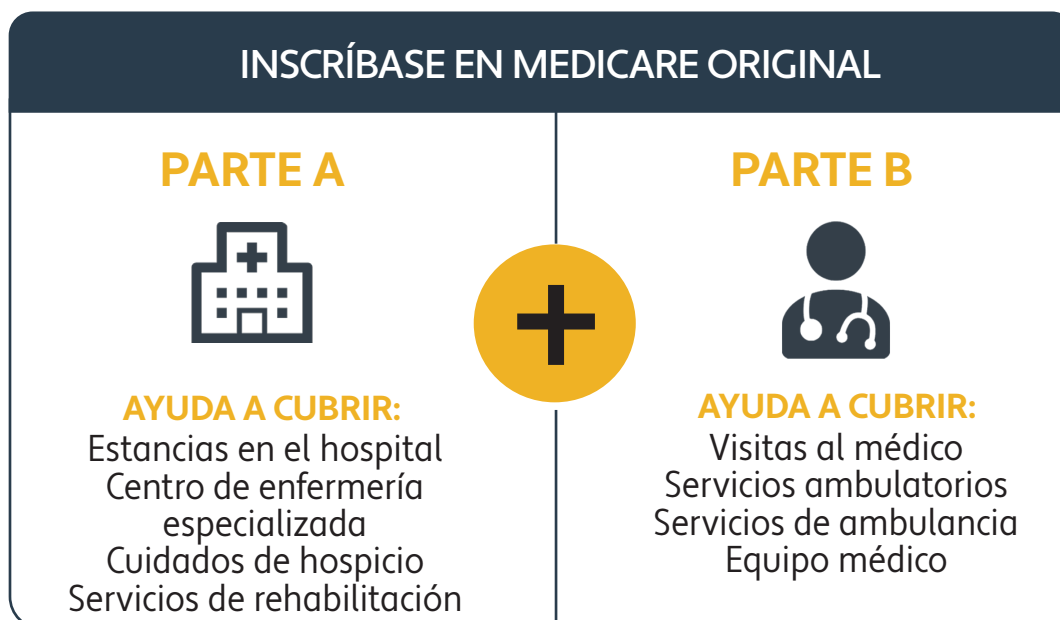
Prima

Cantidad fija que paga a su seguro médico o plan por la cobertura de Medicare. Muchos planes Advantage no tienen prima.

CONOZCA SUS OPCIONES DE COBERTURA

Hay dos opciones principales de cobertura para las personas elegibles para Medicare. El costo y la cobertura son diferentes para cada opción, por lo que es importante que identifique el nivel de cobertura integral que usted quiere para que se ajuste a sus necesidades de salud, presupuesto y estilo de vida.

PASO 1:



PASO 2:

SI ES NECESARIO, ELIJA OTRA COBERTURA	
OPCIÓN 1: Agregue uno o más de estos planes para complementar su Medicare original	 PARTE D Ayuda a cubrir los medicamentos con receta y se ofrece mediante compañías privadas.  MEDIGAP O PLANES COMPLEMENTARIOS Ayudan a cubrir parte o la totalidad de los costos que no están cubiertos por las Partes A y B.
OPCIÓN 2: Inscríbase en un plan Medicare Advantage para obtener beneficios además de Original Medicare	 PARTE C Los planes MA combinan las Partes A y B.  PARTE D La mayoría de los planes también cubren los medicamentos con receta.  BENEFICIOS ADICIONALES Algunos planes incluyen beneficios dentales, de la vista y de la audición, incentivos de fitness y más.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE LA PARTE D?

La Parte D de Medicare, también conocida como cobertura de medicamentos de Medicare, ayuda a cubrir el costo de los medicamentos con receta. Es opcional y solo se ofrece por medio de compañías de seguros privadas aprobadas por el gobierno federal.

Recordatorios de la Parte D



Se acabó la fase de brecha en la cobertura: también conocida como “interrupción de la cobertura”

Ya no habrá una etapa en la cobertura de medicamentos en la que los inscritos en la Parte D tengan que pagar el 100 % de los costos de sus medicamentos. Esto ahorrará miles de dólares a las personas que toman medicamentos de alto costo para el cáncer, la artritis reumatoide y otras condiciones graves.



Reducción del límite de gastos de bolsillo

El límite anual de gastos de bolsillo para medicamentos con receta es de \$2,100. Esto significa que, independientemente de cuánto cuesten sus medicamentos, nunca tendrá que pagar más de \$2,100 al año.



Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (M3P)

Este programa ofrecerá a los inscritos en la Parte D la opción de pagar de su bolsillo los costos de los medicamentos con receta en forma de pagos mensuales limitados, en lugar de hacerlo de una sola vez en la farmacia. Esta opción puede ayudar a los inscritos que se enfrentan a costos muy altos de medicamentos con receta a manejar estos costos distribuyéndolos durante el año del plan.

Fases de la cobertura de la Parte D

Con la Parte D de Medicare, la cantidad que paga por los medicamentos con receta depende de una de estas fases:

1

Deducible anual

Durante la fase de deducible, usted es responsable del costo total de sus medicamentos con receta hasta que alcance el deducible de la Parte D de Medicare.

2

Cobertura inicial

Su plan pagará una parte de sus recetas siempre que estén cubiertas por la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan médico. La cantidad que pagará por un medicamento con receta dependerá de 1 de los 5 niveles en los que esté el medicamento. Usted será responsable de los copagos y el coseguro hasta que haya alcanzado el nuevo umbral de gastos de bolsillo de \$2,100. Abajo se listan los niveles de cobertura de la Parte D de 2026 para cada plan:

Medicare Advantage HMO

- Nivel 1: \$0 de copago
- Nivel 2: \$5 de copago
- Nivel 3: 23 % de coseguro
- Nivel 4: 44 % de coseguro
- Nivel 5: 30 % de coseguro

Deducible \$200

Medicare Advantage DSNP

- Nivel 1: 25 % de coseguro
- Nivel 2: 25 % de coseguro
- Nivel 3: 25 % de coseguro
- Nivel 4: 25 % de coseguro
- Nivel 5: 25 % de coseguro

Deducible \$615

Nuestro plan Medicare Advantage Prime Value MA Only no tiene cobertura de medicamentos de la Parte D.

3

Cobertura catastrófica

Después de que haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo de \$2,100 para medicamentos con receta, pagará \$0 por los medicamentos cubiertos que se incluyan en la lista de medicamentos cubiertos (formulario) del plan durante todo el año calendario.

Programa de Ayuda Adicional para Medicamentos

Este programa es para miembros que tienen ingresos y recursos limitados para pagar un programa de medicamentos con receta de Medicare. Puede ayudar a pagar las primas, los deducibles y copagos. Para saber si califica llame al 1-800-MEDICARE.



Beneficios y detalles del plan

CONOZCA NUESTRO PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE .

Estamos aquí para usted.

Memorial Hermann Health Care System lleva más de 100 años cuidando de sus amigos, vecinos y familiares.

Nuestros planes Medicare Advantage reflejan lo que para nosotros es tan importante de ser miembro del Memorial Hermann Health Plan: sus médicos trabajando junto con los hospitales y su plan médico para ofrecerle un excelente nivel de atención que es local, personal y que lo ayuda a vivir su vida al máximo.

ÁREA DE SERVICIO

- Harris
 - Montgomery
 - Fort Bend
 - Brazoria
 - Liberty
 - Galveston
- (No se ofrece el plan DSNP)



Obtenga todos los beneficios que se merece y mucho más:



Cobertura de la Parte D

Ayuda a controlar los costos de medicamentos con copagos bajos para medicamentos con receta genéricos y de marca. (La Parte D no está disponible en el plan Prime Value).



Servicios de telesalud

Teladoc ofrece a sus miembros acceso 24/7 a un médico certificado mediante la comodidad de las visitas por teléfono, video o aplicación móvil.



Beneficios dentales, de audición y de la vista

Liberty Dental Plan® proporciona nuestros beneficios dentales integrales. Use su tarjeta de gastos flexibles para los costos de atención de la vista, la audición y OTC.



Programa de recompensas saludables

Obtenga hasta \$180 en premios completando exámenes relacionados con la salud, como una visita anual de bienestar y una evaluación de detección de cáncer de mama.



Beneficios de productos de venta libre (OTC)

Cada año, los miembros reciben una asignación determinada que les permite adquirir productos OTC para la salud y el bienestar.



Beneficio de transporte

Nuestro colaborador de transporte, Modivcare, maneja el transporte médico de rutina que no es de emergencia para los miembros de Memorial Hermann Health Plan, Inc.



Beneficios de fitness

Los miembros pueden disfrutar de una membresía de fitness sin costo de una amplia red de clubes y gimnasios locales, y del acceso a videos de entrenamiento en línea y un Fitbit.



Beneficios de entrega de comidas

Después de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado, disfrute de comidas frescas y nutritivas entregadas en su casa.



Tarjeta de gastos flexibles

Reciba una tarjeta de gastos flexibles que lo ayudará a cubrir los costos asociados a sus beneficios, incluyendo productos de la vista, audición y OTC.



Portal para miembros

Visite su portal seguro para miembros para acceder fácilmente a los documentos de su plan y a la información de la cobertura.

17 Hospitales **70+** Centros de grupos de médicos **50+** Centros especializados y de atención de urgencia **7K+** Proveedores afiliados



ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE

Memorial Hermann Medicare Advantage HMO

Beneficios y características	Memorial Hermann Advantage HMO
Prima mensual del plan¹	\$0
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$3,400
Cobertura de medicamentos	Sí (consulte la parte de atrás)
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	\$0
Copago por especialistas dentro de la red (sin necesidad de una remisión)	\$25
Atención en el centro	
Atención para pacientes hospitalizados	\$400/estancia
Atención de emergencia	\$150
Atención de urgencia	\$30
Ambulancia	\$250
Pruebas, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	\$25
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	\$150
Servicios de radiografías para paciente ambulatorio	\$0
Beneficios complementarios	
Dental	\$2,500 de cobertura integral
Vista y audición	\$500/audición, \$500/vista (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	\$50 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); (no se transfiere al próximo trimestre)
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de Bienestar Healthy Advantage	Hasta \$180 en dólares de recompensa por completar los exámenes médicos de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficio de transporte	(20) traslados de ida o de vuelta a un lugar relacionado con la atención médica al año
Beneficio de comidas	(10) comidas después de la hospitalización
Comestibles	\$80 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); (no se transfiere al próximo trimestre)

Advantage
HMO

Prime Value MA
Only HMO

Dual Advantage
HMO DSNP

Cobertura de medicamentos de la Parte D

Plan	Memorial Hermann Advantage HMO
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$2,100
Deducible	\$200 (Niveles 3, 4 y 5)
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$5
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	23 % de coseguro
Nivel 4: medicamentos no preferidos	44 % de coseguro
Nivel 5: medicamentos especializados	30 % de coseguro
Insulinas	No pagará más de \$35 por el suministro de un mes, consulte la lista de medicamentos cubiertos (formulario) 2026
Vacunas	La mayoría de las vacunas están cubiertas a \$0 - consulte la lista de medicamentos cubiertos (formulario) 2026

¹ Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Memorial Hermann Advantage Prime Value MA Only HMO

Beneficios y características	Memorial Hermann Advantage Prime Value MA Only HMO
Prima mensual del plan¹	\$0
Reducción mensual de la prima de la Parte B	\$175
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$3,950
Cobertura de medicamentos de la Parte D	N/A
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	\$0
Copago por especialistas dentro de la red (sin necesidad de una remisión)	\$40
Atención en el centro	
Atención para pacientes hospitalizados	\$750/estancia
Atención de emergencia	\$150
Atención de urgencia	\$30
Ambulancia	\$250
Pruebas, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	\$25
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	\$150
Servicios de radiografías para paciente ambulatorio	\$0
Beneficios complementarios	
Dental	\$1,000 de cobertura integral
Vista y audición	\$600/audición, \$300/vista (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	N/A
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de Bienestar Healthy Advantage	Hasta \$180 en dólares de recompensa por completar los exámenes médicos de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficio de transporte	N/A
Beneficio de comidas	(10) comidas después de estar como paciente hospitalizado
Comestibles	\$40 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); (no se transfiere al próximo trimestre)

Advantage
HMO

Prime Value MA
Only HMO

Dual Advantage
HMO DSNP

¹ Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP

Beneficios y características	Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP
Prima mensual del plan ¹	\$9.00
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$9,250
Cobertura de medicamentos	Sí (consulte la parte de atrás)
Servicios de proveedores	
Copago por médico de atención primaria (PCP)	\$0
Copago por especialistas dentro de la red (sin necesidad de una remisión)	\$0
Atención en el centro	
Atención para pacientes hospitalizados	\$0
Atención de emergencia	\$0
Atención de urgencia	\$0
Ambulancia	\$0
Pruebas, análisis de laboratorio y diagnóstico por imágenes	
Pruebas/procedimientos de diagnóstico	\$0
Servicios de laboratorio	\$0
Servicios radiológicos de diagnóstico (CT/MRI)	\$0
Servicios de radiografías para paciente ambulatorio	\$0
Beneficios complementarios	
Dental	\$4,000 de cobertura integral
Vista y audición	\$500/vista, \$500/audición (cargados en la tarjeta flexible)
Artículos de venta libre (OTC)	\$205 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); (no se transfiere al próximo trimestre)
Tarjeta de gastos flexibles	Sí
Programa de Bienestar Healthy Advantage	Hasta \$180 en dólares de recompensa por completar los exámenes médicos de rutina
Fitness	Silver&Fit®
Beneficio de transporte	Viajes ilimitados
Beneficio de comidas	(10) comidas después de la hospitalización
Comestibles	\$255 por trimestre (cargados en la tarjeta flexible); (no se transfiere al próximo trimestre)

Advantage
HMO

Prime Value MA
Only HMO

Dual Advantage
HMO DSNP

Cobertura de medicamentos de la Parte D

Plan	Memorial Hermann Dual Advantage HMO DSNP
Máximo de gastos de bolsillo (MOOP)	\$2,100
Deducible	\$615
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	25 % de coseguro
Nivel 2: medicamentos genéricos	25 % de coseguro
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	25 % de coseguro
Nivel 4: medicamentos no preferidos	25 % de coseguro
Nivel 5: medicamentos especializados	25 % de coseguro
Insulinas	No pagará más de \$35 por el suministro de un mes, consulte la lista de medicamentos cubiertos (formulario) 2026
Vacunas	La mayoría de las vacunas están cubiertas a \$0 - consulte la lista de medicamentos cubiertos (formulario) 2026

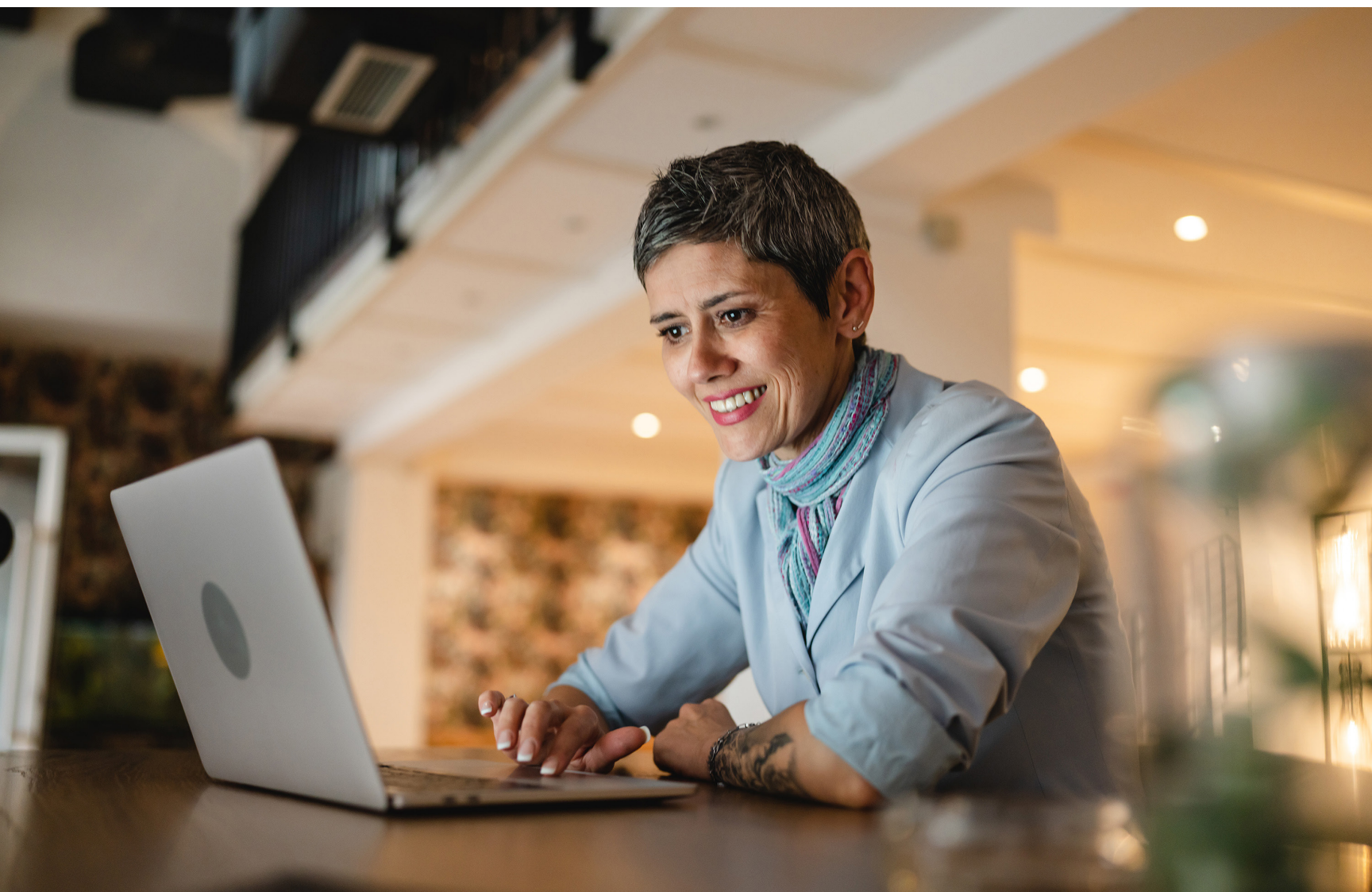
¹El plan DSNP del Memorial Hermann Health Plan es para aquellas personas con cobertura completa de Medicare y Medicaid. A veces llamados beneficiarios con doble elegibilidad completa (Full Duals). Los beneficiarios Full Duals no tienen copagos ni coseguros para los beneficios médicos. Si la condición de Full Dual cambia, pueden aplicarse copagos y coseguros. (QMB+ y SLMB+ son elegibles para este plan).

Si califica para un DSNP, también puede ser elegible para el programa AYUDA ADICIONAL que ayuda con el costo de los medicamentos con receta. La Ayuda adicional de la Parte D de Medicare, también conocida como Subsidio por bajos ingresos (LIS), es un programa federal diseñado para ayudar a los beneficiarios de Medicare con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Este programa ayuda a cubrir gastos como las primas mensuales, los deducibles anuales y los copagos relacionados con los planes de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Para calificar, debe estar inscrito en Medicare y cumplir los límites específicos de ingresos y recursos. Puede solicitar Ayuda adicional mediante la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA), en línea, por teléfono o en su oficina local de la SSA.

La lista de medicamentos cubiertos (formulario) o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.



Información de inscripción

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

Cuando tiene 65 años y es nuevo en Medicare, puede haber muchas fechas que recordar. Hay cuatro períodos de inscripción para los planes Medicare Advantage y los planes de Medicare de medicamentos con receta:

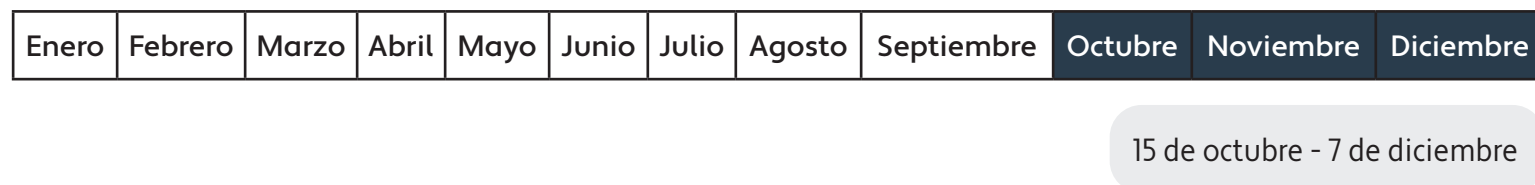
Período de inscripción inicial en la cobertura (ICEP)

Inscríbase cuando sea elegible para Medicare por primera vez. Usted es elegible para inscribirse 3 meses antes de cumplir 65 años, el mes en que los cumpla o 3 meses después de haberlos cumplido. Si no se inscribe en Medicare en el período de inscripción inicial, podrían cobrarle una multa por inscripción tardía.



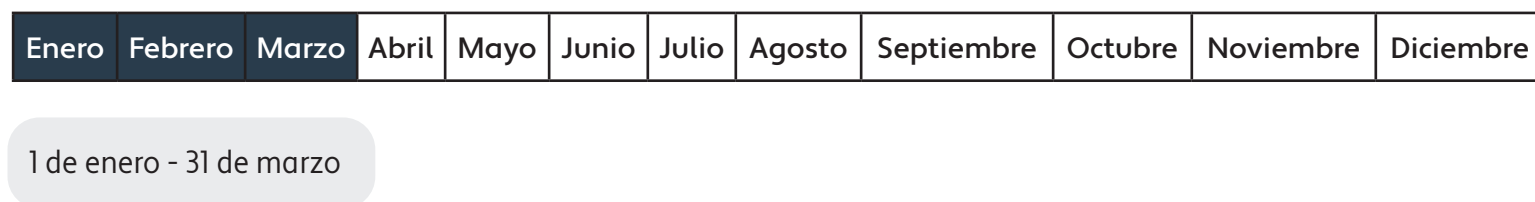
Período de elección anual (AEP)

Durante el período de elección anual, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage, cambiar de un plan de Medicare Advantage a otro, o volver a tener solo Medicare Original con un plan PDP. Su cobertura comenzará el 1 de enero del año siguiente.



Período de inscripción abierta (OEP)

Si ya tiene un plan Medicare Advantage, el período de inscripción abierta le da la oportunidad de volver a Medicare Original o de cambiar a un plan Medicare Advantage diferente, dependiendo de la cobertura que más le convenga.



Período de inscripción especial (SEP)

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage cuando pasen ciertas cosas en su vida, incluyendo cambio de domicilio, emergencias declaradas por la FEMA, pérdida de la cobertura o cuando termine la cobertura de su empleo.

Para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicare y los períodos de inscripción, visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ANTES DE LA INSCRIPCIÓN

Antes de tomar una decisión para inscribirse, es importante que entienda completamente los beneficios y las reglas. Si tiene alguna pregunta, puede hablar con un representante de Servicio al Cliente llamando al 855.645.8448 (TTY 711).

Información de los beneficios

☐

Revise la lista completa de beneficios que se mencionan en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente los servicios para los que usted consulta habitualmente a un médico. Visite mhhp.org/ma o llame al 855.645.8448 (TTY 711) para obtener una copia de la EOC.

☐

Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que ve ahora estén en la red. Si no están en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.

☐

Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usted usa para los medicamentos con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que elegir una nueva farmacia para sus recetas.

☐

Revise la lista de medicamentos cubiertos (formulario) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Información sobre las reglas importantes

☐

Además de la prima mensual de su plan, deberá seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.

☐

Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

☐

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no están en el Directorio de proveedores).

☐

El plan DSNP del Memorial Hermann Health Plan es para aquellas personas con cobertura completa de Medicare y Medicaid. A veces llamados beneficiarios con doble elegibilidad completa (Full Duals). Los beneficiarios Full Duals no tienen copagos ni coseguros para los beneficios médicos. Si la condición de Full Dual cambia, pueden aplicarse copagos y coseguros. (QMB+ y SLMB+ son elegibles para este plan).

¿LISTO PARA INSCRIBIRSE?



TELÉFONO

Hable con un consejero de Memorial Hermann Advantage para obtener más información o, si está preparado, para inscribirse fácilmente por teléfono. Llámenos al **855.612.2890** (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., CT



VIRTUAL

Por su comodidad, pida una visita virtual con un consejero de Memorial Hermann Advantage, sin obligación de inscribirse. Llame al **855.612.2890** (TTY 711) para programar la visita.



EN PERSONA

Programe una consulta personalizada con un consejero de Memorial Hermann Advantage desde la comodidad de su casa. Llame al **855.612.2890** (TTY 711) para programar la visita.



EN LÍNEA

Visite **mhhp.org/ma-kit** para obtener más información sobre nuestros planes, para inscribirse en los webinarios/seminarios disponibles o para inscribirse en línea de manera segura.



ASISTENCIA A SEMINARIOS

Reserve su lugar en un seminario de Medicare Advantage para obtener más información sobre las opciones que tiene cerca de usted. Regístrese en **mhhp-medicare.com/seminars/**.

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

- | | |
|---|--|
| ✓ Complete la información como aparece en su tarjeta de Medicare. | ✓ Proporcione el nombre de su médico de atención primaria (PCP). |
| ✓ Verifique que toda la información dada sea correcta y responda todas las preguntas. | ✓ Firme y feche claramente donde se indica. |
| ✓ Asegúrese de que su dirección de residencia permanente sea la correcta. | ✓ Comuníquese con Memorial Hermann Advantage si necesita ayuda. |
| ✓ Elija con detenimiento el plan que más le convenga. | |



Plan médico

Planes Medicare Advantage

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2026

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que se quieran inscribir en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente legalmente en los EE.UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante

Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (seguro de hospital)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Se puede inscribir en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero)
- En el plazo de los 3 meses después de haber obtenido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y teléfono

NOTA: Debe completar todos los puntos de la sección I. Los puntos de la Sección II son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si quiere inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que se deduzcan los pagos de la prima de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios [Railroad Retirement Board]).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Memorial Hermann Advantage
P.O. Box 19909
Houston, TX 77224-1909

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

- Llame a Memorial Hermann Advantage al (855) 645-8443. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4777). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a Memorial Hermann Advantage al (855) 645-8448/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirlo.

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) se puede considerar su dirección de residencia permanente.

Según la Ley de reducción de trámites de 1995 (Paperwork Reduction Act of 1995), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control de OMB válido para la recopilación de esta información es 0938-4378. El tiempo necesario para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Att: PA Reports Clearance Officer, Mail Shop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier artículo que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1578) se destruirá. No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

H7115_PDMAEnriFm26_N CMS Aceptado el 07/28/20125

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción especial

Normalmente, se puede inscribir en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicare de Medicamentos con Receta (Medicare Prescription Drug Plan) solo durante el período de inscripción anual (AEP), del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitir la inscripción en un Plan de Medicare de Medicamentos con Receta fuera del período de inscripción anual.

Si se está inscribiendo fuera del período anual de inscripción (AEP), lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla, si la declaración se aplica a su caso. Marcando cualquiera de las siguientes casillas está certificando que, hasta donde tiene conocimiento, es elegible para un período de inscripción. Si después determinamos que esta información es incorrecta, es posible que le cancelen la inscripción.

Fecha de inicio de la cobertura propuesta ____/____/____

Fecha del SEP ____/____/____

☐ AEP	Período de inscripción anual (15 de octubre - 7 de diciembre)
☐ IEP	Soy nuevo en Medicare (Período de inscripción anual).
☐ OEP	Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (1 de enero - 31 de marzo).
☐ ICE	Ya tengo la cobertura del hospital (Parte A) y recientemente me inscribí en la cobertura de seguro médico (Parte B). Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
☐ RET	Soy nuevo en Medicare y me avisaron sobre la obtención de Medicare después de que empezara mi cobertura de la Parte A y para la Parte B (indique la fecha) ____/____/____.
☐ MOV	Me mudé recientemente fuera del área de servicio para mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ INC	Salí recientemente de encarcelamiento. Salí el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ RUS	Regresé recientemente a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de EE. UU. Regresé a los Estados Unidos el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ LAW	Recientemente obtuve el estatus de permanencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ MCD	Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recibí Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid el (indique la fecha) ____/____/____).
☐ NLS	Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí la Ayuda adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ MDE	Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.

☐ LTC	Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé fuera de un centro de atención de largo plazo (por ejemplo, un centro de atención residencial o centro de atención de largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de un centro el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ PAC	Recientemente salí de un Programa PACE el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ LCC	Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ LEC	Saldré de la cobertura del empleador o del sindicato el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ PAP	Pertenezco a un programa de asistencia de farmacia que presta mi estado.
☐ NON	Mi plan termina su contrato con Medicare o Medicare termina su contrato con mi plan.
☐ DIF	Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ SNP	Me inscribí en un Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Me cancelaron la inscripción en el SNP el (indique la fecha) ____/____/____.
☐ DST	Una emergencia o desastre mayor me afectó (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]), o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones mencionadas aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Memorial Hermann Advantage al (855) 645-8448 para ver si es elegible para inscribirse. Abrimos del 1 de octubre al 31 de marzo de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana (cerramos los días festivos principales). Abrimos del 1 de abril al 30 de septiembre de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (cerramos los días festivos importantes). Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2026

El formulario de inscripción es para un:

- ☐ Nuevo miembro de NHHP
☐ Cambio de plan de un miembro de MHHP

Sección I – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el que se quiere inscribir

Para miembros que necesitan **ambas** coberturas, de seguro médico y de medicamentos con receta de la Parte D

☐ Memorial Hermann Advantage HMO - \$0 al mes

Para miembros con doble cobertura completa de **Medicare y Medicaid**

☐ Memorial Hermann Dual Advantage HMO D-SNP - \$9 al mes

Para miembros que **únicamente** necesitan cobertura médica – Sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

☐ Memorial Hermann Prime Value MA only HMO - \$0 al mes

Información personal y de contacto

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Título ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Sra.	Fecha de nacimiento / /	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	
Teléfono (obligatorio) ☐ Celular ☐ Teléfono fijo ()		Teléfono alternativo ☐ Celular ☐ Teléfono fijo ()	
Dirección de correo electrónico			
Dirección permanente (no escriba un P.O. Box) <i>Nota: Para las personas sin hogar, un P.O. Box puede considerarse su dirección de residencia permanente.</i>			Condado
Ciudad	Estado	País (opcional)	Código postal
Dirección postal (si es diferente a su dirección permanente)			
Ciudad	Estado	País (opcional)	Código postal

Formulario de solicitud de inscripción individual en un plan Medicare Advantage de 2026

Su información de Medicare

Nombre (como aparece en su tarjeta de identificación de Medicare)	Fechas de inicio de la cobertura (MM/DD/AAAA)
Número de identificación de Medicare	Hospital (Parte A) ____/____/____ Médico (Parte B) ____/____/____

Responda estas preguntas importantes

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Número de Medicaid	Número de caso de Medicaid
--------------------	----------------------------

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, VA o TRICARE) además de Memorial Hermann Advantage? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, dé el nombre de la otra cobertura	Fecha de inicio / /	Número de identificación
Teléfono de la otra cobertura ()	Recetas BIN	Recetas PCN

¿Vive en un centro de atención de largo plazo, como un centro de atención residencial? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, nombre del centro

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ()	Fecha de ingreso / /	

Selección de Proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro médico (obligatorio)

Nombre completo del proveedor	Número de identificación del PCP o número del proveedor nacional (NPN)
Lugar de la oficina (si hay varias oficinas)	¿Usted ya es un paciente? ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE – Lea y firme abajo

- Debo mantener las coberturas de Hospital (Parte A) y Médico (Parte B) para mantenerme en Memorial Hermann Advantage.
- Inscribiéndome en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, reconozco que Memorial Hermann Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. Entiendo que si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en solo un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes MA PFFS, MA LISA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Memorial Hermann Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Memorial Hermann Advantage. Los beneficios y servicios prestados por Memorial Hermann Advantage y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Memorial Hermann Advantage (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) se cubrirán. Ni Medicare ni Memorial Hermann Advantage pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud, significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de esta autoridad está disponible cuando Medicare la pida.

Firma	Fecha de hoy / /
Representante autorizado/personas que ayudan al miembro a completar este formulario Complete toda la información de abajo si usted es el representante autorizado que firmó arriba o un tercero que ayudó al miembro a completar este formulario.	
Nombre	Teléfono ()
Dirección	
Ciudad	Estado Código postal
Relación con el miembro	

Agente/broquer (lo debe completar el agente que asiste en la inscripción)

Nombre del agente	Número de identificación del agente	Productor nacional n.º
Teléfono ()	Fecha de la cita / /	Ámbito de la cita ☐ Sí ☐ No

Sección II – Todos los campos de esta página son opcionales

Responder a estas preguntas queda a su elección. No se puede denegar la cobertura por no completarlos. Sus respuestas se mantendrán en privado. Esta información ayuda a asegurar que todos los clientes tengan el mismo acceso a la atención médica.

Otro idioma

Seleccione esta opción si quiere que enviemos información en un idioma diferente al inglés.

☐ Español

Formatos accesibles

Seleccione si quiere que enviemos información en un formato accesible.

☐ En letra de molde grande

Comuníquese con Memorial Hermann Advantage al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excluyendo los días festivos más importantes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711

Situación laboral

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Declaración de privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Aviso de no discriminación

Memorial Hermann Health Plan, Inc., (MHHP), cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. HHP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente, debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Otro idioma

Seleccione esta opción si quiere que enviemos información en un idioma diferente al inglés.

☐ Español

Formatos accesibles

Seleccione si quiere que enviemos información en un formato accesible.

☐ En letra de molde grande

Comuníquese con Memorial Hermann Advantage al (855) 645-8448 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado arriba. Nuestro horario de atención entre el 1 de octubre y el 31 de marzo es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 7 días a la semana. El horario de atención entre el 1 de abril y el 30 de septiembre es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Situación laboral

¿Trabaja?

☐ Sí

☐ No

¿Trabaja su cónyuge?

☐ Sí

☐ No

Declaración de privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1860D-1 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y 42 CFR §§ 423.30, 423.32, autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARX)", sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.

Aviso de no discriminación

Memorial Hermann Health Plan, Inc., (MHHP), cumple las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. HHP no excluye a las personas ni las trata de manera diferente, debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.



**Material para
agentes**

ÁMBITO DE LA CITA

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid exigen a los agentes que documenten el ámbito de una cita de marketing antes de cualquier reunión de venta individual para garantizar la comprensión de lo que se hablará entre el agente y el beneficiario de Medicare (o su representante autorizado). Toda la información proporcionada en este formulario es confidencial y cada persona beneficiaria de Medicare o su representante autorizado deberá completarlo.

Escriba sus iniciales abajo al lado del tipo de producto del que quiere que le hable el agente:

☐ **Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costo**

Organización para el Mantenimiento de la Salud de Medicare (HMO): plan Medicare Advantage que ofrece toda la cobertura médica de las Partes A y B de Medicare Original y a veces cubre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de las HMO, solo puede recibir atención de los médicos u hospitales dentro de la red del plan (salvo en caso de emergencia).

☐ **Planes DSNP de Medicare Advantage**

Plan para necesidades especiales de Medicare (SNP): plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de atención médica. Algunos ejemplos de los grupos específicos atendidos son las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, las personas que viven en centros de atención residencial y las personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Firmando este formulario, acepta una reunión con un agente de ventas para hablar sobre los tipos de productos que marcó con sus iniciales arriba. Tenga en cuenta que la persona que hablará con usted sobre los productos está empleada o contratada por un plan de Medicare. No trabaja directamente para el gobierno federal. Esta persona también puede recibir una remuneración según su inscripción en un plan. Firmar este formulario NO lo obliga a inscribirse en un plan, ni afecta su inscripción actual o futura en Medicare, ni lo inscribe automáticamente en los planes mencionados.

Firma del beneficiario o del representante autorizado y fecha de la firma:

Firma:

Fecha de la firma:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba abajo con letra de molde:

Nombre del representante:

Relación con el beneficiario:

Debe completarlo el agente:

Nombre del agente:

Teléfono del agente:

Nombre del beneficiario:

Teléfono del beneficiario:

Dirección del beneficiario:

Método inicial de contacto:

Firma del agente:

Planes que el agente representó durante esta reunión:

Fecha de finalización de la cita:

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA NUEVOS MIEMBROS

PARA LOS AGENTES:

Revise cuidadosamente la lista de nuevos miembros con cada nuevo miembro que se inscriba en nuestro plan.

Nombre del miembro

Fecha

✓ Entiendo que sigo siendo responsable del pago de la prima mensual de la Parte B.	Sí ☐ No ☐
✓ Entiendo que puedo ser responsable de ciertos copagos o coseguros por los servicios médicos cubiertos.	Sí ☐ No ☐
✓ Mi agente me dejó una copia del paquete de la guía de inscripción, que incluye un resumen de los beneficios del plan que elegí.	Sí ☐ No ☐
✓ Mi agente revisó y confirmó que mis proveedores actuales están en la red del plan.	Sí ☐ No ☐

PARA PLANES CON COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE LA PARTE D

✓ Mi agente me explicó los copagos y coseguros.	Sí ☐ No ☐
✓ Revisé mis medicamentos con receta actuales con mi agente y confirmé si están en la lista de medicamentos cubiertos del plan, también llamada formulario. Entiendo que el plan no cubre todos los medicamentos.	Sí ☐ No ☐

DECLARACIÓN DE NUEVO MIEMBRO

Entiendo que me estoy inscribiendo en un plan Medicare Advantage que me dará toda la cobertura médica o de medicamentos con receta.

Firma del miembro: _____

Firma del agente: _____

NOTAS

[illegible]

RESUMEN DE LA SOLICITUD Y RECIBO

INFORMACIÓN DEL PLAN

Nombre del plan: _____

Fecha de inicio: _____

Prima mensual: _____

Nombre del PCP: _____

Teléfono del PCP: _____

BIN de RX: _____

Grupo de recetas: _____

CANTIDADES DE COPAGO/COSEGURO

PCP: _____

Especialista: _____

Sala de emergencias: _____

INFORMACIÓN DEL AGENTE

Nombre del agente: _____

Teléfono del agente: _____

Id. del agente (NPI): _____

Confirmación electrónica de inscripción:
(si corresponde) _____

NOTAS



Recursos para miembros

CONOZCA SU PORTAL PARA MIEMBROS



Haga más sencilla la experiencia como miembro conectándose a todas las herramientas que necesita en un solo lugar, desde llevar un seguimiento de su cobertura y reclamos, hasta trabajar más de cerca con su equipo de atención.

El portal para miembros lo ayuda a encontrar fácilmente lo que necesita en un tiempo récord. Pase menos tiempo buscando la información que necesita:



Para obtener más información visite
mhhp.org/portal

**MEMORIAL
HERMANN**
Health Plan
Medicare Advantage Plans

RECURSOS



Sitio Web
mhhp.org/ma



Servicio al Cliente
855.645.8448



Buscar un Proveedor
mhhp.org/find-a-doctor



Buscar un Medicamento
enrollment.cap-rx.com/?client=mhhpma



Documentos legales

Notice of Availability

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-645-8448 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-645-8448 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Việt (Vietnamese)

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-645-8448 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

台語 (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。請致電 1-855-645-8448 (TTY: 711) 或與您的提供者討論。

中文 (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 1-855-645-8448 (文本电话: 711) 或咨询您的服务提供商。

العربية (Arabic)

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، ستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. تتوفر أيضًا صيغ معلومات قابلة للوصول مجانًا. اتصل بالرقم 1-855-645-8448 أو تحدث إلى مزود الخدمة الخاص بك (711).

हिंदी (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। 1-855-645-8448 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Français (French)

ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-645-8448 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur. »

فارسی (Persian, Farsi)

شما می‌توانید به خدمات رایگان حمایت زبانی دسترسی داشته باشید. علاوه بر این، خدمات مناسب و پشتیبانی برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترسی به تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید (TTY: 711) صورت رایگان در دسترس است. لطفاً با شماره 1-855-645-8448

Tagalog

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-645-8448 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

H7115_PDNOA_C IA 07/29/2025

(Expires 12/31/26)

اردو (Urdu)

توجہ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کے لئے مفت زبان کی معاونت خدمات دستیاب ہیں۔ معلومات کو قابل رسائی فارمیٹس میں فراہم کرنے کے لئے مناسب یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔ (TTY: 711) معاونت اور خدمات بھی مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-645-8448

తెలుగు (Telugu)

సావధానం: మీరు తెలుగు మాట్లాడితే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉంటాయి. యాక్సెస్ చేయగల ఫార్మాట్‌లలో సమాచారాన్ని అందించడానికి తగిన సహాయక సహాయాలు మరియు సేవలు కూడా ఉచితంగా అందుబాటులో ఉంటాయి. 1-855-645-8448 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి లేదా మీ ప్రొవైడర్‌తో మాట్లాడండి.

বাংলা (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। 1-855-645-8448 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।”

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-645-8448 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.”

Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-645-8448 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

РУССКИЙ (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-645-8448 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-645-8448 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

ລາວ (Laotian, Laos)

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-855-645-8448 (TTY: 711) ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.”