

2026

Resumen de Beneficios

My Choice Wisconsin Partnership Plan (HMO D-SNP)

Wisconsin H5209-005-001

Presta servicios a: los condados de Dane, Jefferson, Milwaukee, Ozaukee, Rock, Washington, y Waukesha

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

H5209_26_005_001_WI_SB_M
WI-H5209-5-1-SB-ES-26-S



Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por My Choice Wisconsin Partnership Plan (HMO D-SNP). En este se incluyen respuestas a las preguntas más frecuentes, información de contacto importante, un resumen de los beneficios y servicios ofrecidos e información sobre sus derechos como miembro de My Choice Wisconsin Partnership Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad 2

B. Preguntas más frecuentes (FAQ) 3

C. Lista de servicios cubiertos 9

D. Beneficios cubiertos fuera de My Choice Wisconsin Partnership Plan 28

E. Servicios que My Choice Wisconsin Partnership Plan, Medicare y Medicaid no cubren 29

F. Sus derechos como miembro del plan 30

G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado 32

H. Qué hacer si sospecha de fraude 32

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios médicos que cubre My Choice Wisconsin Partnership Plan para el 1 de enero, 2026. Este es solo un resumen. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para ver la lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa de servicios, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. hora central, para solicitar la “Evidencia de Cobertura”, o visite nuestro sitio web en mychoicewi.org.

- ❖ Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, puede leer el manual Medicare y Usted. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- ❖ Para más información sobre la Asociación de Asistencia Familiar, puede consultar la página web del Department of Health Services del Estado de Wisconsin www.dhs.wisconsin.gov/familycare/fcp-index.htm o comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de ForwardHealth llamando al 800-362-3002, TTY: 711 (Wisconsin Relay).
- ❖ Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita.
- ❖ Este documento está disponible de forma gratuita en árabe, birmano, chino, hmong, laosiano, ruso, somalí, español, ucraniano y vietnamita.
- ❖ Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. La llamada es gratuita.
- ❖ Para solicitar su idioma preferido distinto del inglés o un formato alternativo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central.
- ❖ Mantendremos un registro de las preferencias de idiomas y/o preferencias de formato de nuestros miembros y conservaremos esta información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y envíos por correo. Esto garantizará que nuestros miembros no tengan que realizar una solicitud independiente cada vez.
- ❖ Para cambiar una solicitud permanente, llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

B. Preguntas más frecuentes (FAQ)

En la siguiente tabla, se enumeran las preguntas más frecuentes.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan My Choice Wisconsin Partnership Plan Family Care Partnership Fully Integrated Dual Eligible (FIDE) SNP? (esta sección continúa en la siguiente página)	My Choice Wisconsin Partnership Plan es un plan especial de Medicare Advantage (un Plan para Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para las personas con necesidades especiales de atención médica. My Choice Wisconsin Partnership Plan está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid. Para inscribirse en My Choice Wisconsin Partnership Plan, debe tener derecho a Medicare Part A y estar inscrito en Medicare Part B. Es elegible para ser miembro de nuestro plan si cumple con los siguientes requisitos: • Tiene Medicare Part A y Medicare Part B. • Vive en nuestra área de servicio geográfica. • Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en Estados Unidos. • Cumple los requisitos especiales de elegibilidad. Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan Nuestro plan está diseñado para cubrir las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa del gobierno mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos). Para ser elegible para nuestro plan debe ser elegible para Medicare y estar inscrito en el programa Family Care Partnership con My Choice Wisconsin. Family Care Partnership es un programa de Medicaid en Wisconsin. Usted es elegible para Family Care Partnership con My Choice Wisconsin si cumple los requisitos de elegibilidad. • Tener al menos 18 años. • Ser una persona mayor frágil o un adulto con discapacidades físicas o de desarrollo. • Ser residentes de nuestra área de servicio geográfica. • Ser funcionalmente elegible según lo determinado por la Evaluación funcional de atención a largo plazo para adultos de Wisconsin.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan My Choice Wisconsin Partnership Plan Family Care Partnership Fully Integrated Dual Eligible (FIDE) SNP? (continuación)	Es posible que tenga unos costos compartidos mensuales de Medicaid que deba pagar para seguir siendo elegible para Medicaid de Wisconsin y el Programa My Choice Wisconsin's Partnership. La agencia de Mantenimiento de ingresos de su condado determina el importe de los costos compartidos. Llame a uno de nuestros Representantes del Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. Para saber si reúne los requisitos para afiliarse, comuníquese con el Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC) de su condado. Encontrará una lista de los ADRC y sus números de teléfono al final de este folleto. Recuerde que debe comunicarse con el ADRC de su condado para inscribirse. Esa es la única forma de inscribirse en el Programa Partnership de My Choice Wisconsin. Todos los miembros de Partnership tienen también derecho a recibir los beneficios de cuidados a largo plazo que cubre Medicaid. Todos los servicios de cuidados a largo plazo del paquete de beneficios de Partnership deben ser aprobados previamente por su equipo de atención médica.
¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y Medicaid en My Choice Wisconsin Partnership Plan como los que recibo actualmente?	Obtendrá la mayoría de los beneficios cubiertos por Medicare y Medicaid directamente de My Choice Wisconsin Partnership Plan. Un equipo de proveedores le ayudará a determinar qué servicios satisfacen mejor sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y equipo de atención. También puede obtener otros beneficios fuera de su plan médico de la misma manera como lo hace ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, servicios especializados de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias o servicios del centro regional. Cuando se inscribe en My Choice Wisconsin Partnership Plan, usted y su equipo de atención trabajarán juntos para desarrollar un plan de atención para tratar sus necesidades de salud y de apoyo, que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando cualquier medicamento de Medicare Part D que My Choice Wisconsin Partnership Plan normalmente no cubre, puede obtener un suministro provisional y le ayudaremos con la transición a otro medicamento o a obtener una excepción para que My Choice Wisconsin Partnership Plan cubra el medicamento si fuera médicamente necesario. Para recibir más información, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página.
¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (continúa en la siguiente página)	Este es el caso más frecuente. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de atención médica)



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Puedo recurrir a los mismos médicos que consulto ahora? (continuación)	trabajan con My Choice Wisconsin Partnership Plan y tienen un contrato con nosotros, podrá seguir recibiendo su atención. • Los proveedores que tienen un contrato con nosotros se consideran “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan miembros de nuestro plan y proporcionan servicios que cubre nuestro plan. Debe atenderse con los proveedores de la red de My Choice Wisconsin Partnership Plan. Si utiliza los proveedores o farmacias que no están en nuestra red, el plan puede no pagar estos servicios o medicamentos. • Si necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, puede usar proveedores fuera del área del plan de My Choice Wisconsin Partnership Plan. • Si actualmente está bajo tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de My Choice Wisconsin Partnership Plan, o tiene una relación establecida con un proveedor que está fuera de la red de My Choice Wisconsin Partnership Plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros para verificar cómo permanecer conectado. Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página o lea el <i>Directorio de Proveedores y Farmacias</i> de My Choice Wisconsin Partnership Plan que se encuentra en la página web del plan en mychoicewi.org. Si My Choice Wisconsin Partnership Plan es nuevo para usted, trabajaremos con usted para desarrollar un Plan individualizado de atención para tratar sus necesidades.
¿Qué es un equipo de atención de My Choice Wisconsin Partnership Plan?	Un equipo de atención de My Choice Wisconsin Partnership Plan son los profesionales y amigos de la familia que usted decida que le ayudarán a obtener los servicios que necesita.
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)? (esta sección continúa en la siguiente página)	Los Servicios y Apoyo a Largo Plazo son una ayuda para las personas que necesitan asistencia a fin de realizar tareas cotidianas, como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comida y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se brindan en su casa o su comunidad, pero podrían proporcionarse en una residencia para ancianos o en un hospital. En algunos casos, un condado u otra agencia puede administrar estos servicios y su equipo de atención trabajará con esa agencia.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)? (continuación)	Todos los miembros de Partnership también tienen derecho a recibir los beneficios de servicios y apoyos a largo plazo que cubre Medicaid y que se enumeran a continuación. Todos los servicios y ayudas a largo plazo del paquete de beneficios de Partnership deben ser aprobados previamente por su equipo de atención médica. • Ayudas de adaptación (generales y para vehículos) • Atención diurna para adultos • Tecnología de asistencia o ayudas para la comunicación • Administración de atención o casos (incluida la evaluación y la planificación de casos) • Servicios clínicos y terapéuticos de consulta para cuidadores • Educación y formación para el consumidor • Recursos terapéuticos y de asesoramiento • Adaptaciones de accesibilidad al entorno (modificaciones en el hogar) • Servicios de gestión financiera • Servicios de recuperación de habilidades - o Capacitación en destrezas para actividades cotidianas - o Servicios diurnos para la recuperación de habilidades • Asesoramiento para la vivienda • Alimentos - Entrega a domicilio • Servicios de sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) • Servicios prevocacionales • Servicios de reubicación • Servicios residenciales: - o Complejos de apartamentos de cuidado residencial (RCAC) - o Instalaciones residenciales basadas en la comunidad (CBRF) - o Hogar Familiar para Adultos (AFH) • Atención de relevo (para cuidadores y miembros en entornos institucionales y no institucionales) • Servicios de enfermería especializada. • Suministros y equipos médicos especializados



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Qué son los Servicios y Apoyo a Largo Plazo (LTSS)? (continuación)	• Agente de apoyo • Empleos para personas con discapacidades • Atención en una residencia de apoyo • Servicios de formación para cuidadores no remunerados • Transporte (transporte especializado) • Planificación del futuro profesional
¿Qué ocurre si necesito un servicio, pero ningún proveedor de la red de My Choice Wisconsin Partnership Plan lo puede proporcionar?	La mayoría de los servicios serán prestados por proveedores de nuestra red. Si necesita algún servicio que no se pueda proporcionar dentro de nuestra red, My Choice Wisconsin Partnership Plan pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible My Choice Wisconsin Partnership Plan?	El área de servicio de este plan incluye: los condados de Dane, Jefferson, Milwaukee, Ozaukee, Rock, Washington, y Waukesha, Wisconsin. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse al plan.
¿Qué es una autorización previa?	Una autorización previa es una aprobación de My Choice Wisconsin Partnership Plan para buscar servicios fuera de nuestra red o para obtener servicios que no están cubiertos rutinariamente por nuestra red antes de que usted obtenga los servicios. Es posible que My Choice Wisconsin Partnership Plan no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento si usted no obtiene autorización previa. Si usted necesita atención urgente o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área, no necesita obtener autorización previa. My Choice Wisconsin Partnership Plan le puede proporcionar una lista de servicios o procedimientos que necesitan que se obtenga una autorización previa de My Choice Wisconsin Partnership Plan antes de que se proporcione el servicio. Consulte el Capítulo 3 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre la autorización previa. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> para conocer los servicios que requieren una autorización previa. Si tiene preguntas sobre si se requiere una autorización previa para acceder a servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener ayuda.

Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.



Preguntas más frecuentes	Respuestas
¿Debo pagar una suma mensual (también llamada prima) con My Choice Wisconsin Partnership Plan?	No. Como tiene Medicaid no pagará ninguna prima mensual por su cobertura de salud. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de Medicare Part B a menos que Medicaid o un tercero pague dicha prima por usted.
¿Debo pagar un deducible como miembro de My Choice Wisconsin Partnership Plan?	No. No paga deducibles en My Choice Wisconsin Partnership Plan.
¿Cuál es el monto máximo de gastos de bolsillo que pagaré por los servicios médicos como miembro de My Choice Wisconsin Partnership Plan?	No hay distribución de costos para los servicios médicos en My Choice Wisconsin Partnership Plan, por lo que sus gastos anuales de bolsillo serán de \$0.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que posiblemente necesite, sus costos y las reglas de los beneficios.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita cuidado hospitalario (continuación en la siguiente página)	Hospitalización	\$0	Nuestro plan cubre 90 días durante un periodo de beneficios para una hospitalización en virtud del beneficio de Medicare. Un periodo de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa a un hospital para pacientes internados o en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando usted no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o a un SNF una vez finalizado un periodo de beneficios, comenzará uno nuevo. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios que pueda tener. Es posible que tenga cobertura para servicios adicionales de atención hospitalaria para pacientes internados en virtud de sus beneficios de Medicaid. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la observación	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita cuidado hospitalario (continuación)			sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Servicios de centros de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención de un médico o cirujano	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita consultar a un médico (continúa en la siguiente página)	Consultas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención para evitar enfermedades, como vacunas contra la gripe y exámenes de detección del cáncer	\$0	Los servicios cubiertos de Medicare Part B incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas adicionales contra la gripe si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de alto riesgo o riesgo intermedio de contraer hepatitis B. • Vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo, y si cumplen con las reglas de cobertura de Medicare Part B. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de

Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.



Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita consultar a un médico (continuación)			medicamentos recetados de la Parte D.
	Consultas de rutina, como un examen físico	\$0	Cualquier servicio médico preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	“Bienvenida a Medicare” (consulta preventiva una sola vez)	\$0	Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una consulta preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo, esto se cubre una vez cada 12 meses. Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” únicamente durante los primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando concierte su cita, informe a la oficina del médico que desea programar su consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención de especialista	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita atención de emergencia (continúa en la siguiente página)	Servicios de la sala de emergencias	\$0	Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, sin autorización previa. Los servicios de emergencia no se cubren fuera de los



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención de emergencia (continuación)			EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Consulte con el plan para obtener más información. La cobertura internacional de atención de emergencia está disponible para usted hasta \$10,000 por año como Beneficio Suplementario de Medicare. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Atención médica urgente	\$0	La atención médica urgente no es atención de emergencia. No necesita autorización previa y no es necesario que esté dentro de la red. La atención de emergencia NO está cubierta fuera de los EE. UU. y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Los servicios requeridos urgentemente se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición médica que no es de emergencia, imprevista, que requiere atención médica inmediata. La cobertura internacional de atención de emergencia está disponible para usted hasta \$10,000 por año como Beneficio Suplementario de Medicare.
Usted necesita exámenes médicos (continúa en la siguiente página)	Servicios radiológicos de diagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de diagnóstico por imágenes, como la tomografía axial computarizada [CAT] o la resonancia magnética [MRI])	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita exámenes médicos (continuación)	Pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos, como análisis de sangre	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Las pruebas genéticas de laboratorio requieren autorización previa. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita servicios de audición o auditivos	Exámenes preventivos de audición	\$0	Además de los servicios de audición cubiertos por Medicare, puede realizarse una prueba auditiva de rutina una vez cada año calendario como un Beneficio Suplementario de Medicare. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Audífonos	\$0	La evaluación o los ajustes de los audífonos se pueden realizar una vez cada año calendario como Beneficio Suplementario de Medicare. Nuestro plan cubre hasta 2 audífonos preseleccionados de un proveedor aprobado por el plan cada 2 años Beneficio Suplementario de Medicare. Debe utilizar el proveedor del plan para acceder a este beneficio. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita atención dental (continúa en la siguiente página)	Chequeos dentales y atención preventiva	\$0	Nos hemos asociado con un proveedor dental para darle más opciones para sus necesidades dentales de rutina. Si usted usa los servicios de un proveedor dentro de nuestra red de proveedores dentales,



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita atención dental (continuación)			recibirá los Servicios dentales preventivos y los Servicios dentales integrales selectos a través de este proveedor. Los servicios dentales preventivos incluyen exámenes bucales, limpiezas, tratamientos con fluoruro y radiografías sin coste alguno para usted. Además, tendrá \$4,000 para servicios dentales integrales selectos, incluidas dentaduras postizas. La asignación máxima anual no se aplica a sus servicios preventivos suplementarios.
	Atención dental reconstituyente y de emergencia	\$0	
Necesita atención para la vista (continuación en la siguiente página)	Exámenes de la vista	\$0	¡Nos hemos asociado con un proveedor de servicios para la vista para darle más valor a sus necesidades de atención para la vista de rutina! La cobertura de su beneficio complementario de Medicare incluye lo siguiente: • Un examen de la vista de rutina cada año calendario de nuestro proveedor de atención de la vista suplementario. Para encontrar un proveedor de atención de la vista dentro de la red cerca de usted, puede buscar en línea con nuestra herramienta de búsqueda de proveedores de atención de la vista en mychoicewi.org. <i>No se requiere autorización previa para los exámenes de la vista.</i>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención para la vista (continuación)	Anteojos o lentes de contacto	\$0	¡Nos hemos asociado con un proveedor de atención de la vista para darle más valor a sus necesidades de atención de la vista de rutina! En su cobertura de los Beneficios Suplementarios de Medicare se incluye una asignación de elementos para la vista de \$300 cada año calendario. Puede usar su asignación de elementos para la vista para comprar: Lentes de contacto, Anteojos (lentes y monturas) monturas de anteojos, lentes de anteojos y Mejoras (como lentes tintados, U-V, polarizados o fotocromáticos). Si elige lentes de contacto, su asignación de elementos para la vista también se puede usar para pagar la totalidad o una parte de su tarifa por ajuste de lentes de contacto. Usted es responsable de pagar los artículos para la vista correctivos que excedan el límite de la asignación de elementos para la vista del plan. Todos los beneficios deben usarse en el año del plan y solo están disponibles si está inscrito en el momento en que se prestan los servicios. Debe usar un proveedor de atención para la vista dentro de la red aprobado del directorio. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita atención para la vista (continuación)	Otros cuidados para la vista	\$0	Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Atención para la vista como exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones oftalmológicas, cubierta por Medicare. • Un examen preventivo para la detección de glaucoma cubierto por Medicare cada año calendario si tiene un alto riesgo de sufrir glaucoma. • Un examen preventivo para la detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare cada año calendario si tiene diabetes. • Un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas que incluye la colocación de lentes intraoculares. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita servicios médicos de salud mental (continuación en la siguiente página)	Servicios médicos de salud mental	\$0	Se requiere autorización previa para algunos servicios de esta categoría. Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Atención de pacientes internados y ambulatorios y servicios basados en la comunidad para personas que	\$0	Los servicios de salud conductual para pacientes ambulatorios basados en la comunidad incluyen pruebas de detección, evaluación y evaluaciones de diagnóstico (incluidas evaluaciones de terapia ocupacional), planificación



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita servicios médicos de salud mental (continuación)	necesitan servicios médicos de salud mental		del tratamiento y psicoterapia grupal y familiar. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Estos servicios están disponibles para los miembros de los planes Medicaid Basic y Medicaid Enhanced.
Usted necesita servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias	Tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias	\$0	Medicare cubre el tratamiento hospitalario y ambulatorio para los trastornos por consumo de sustancias (SUD). Consultas de tratamiento individuales o grupales <i>Se requiere autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle (continuación en la siguiente página)	Atención de enfermería especializada	\$0	Como tiene Medicaid, tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días. <i>Se requiere autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Atención en una residencia para ancianos	\$0	Como tiene Medicaid, tiene cobertura durante una cantidad ilimitada de días en cada periodo de beneficios para días de atención especializada o de custodia de Medicare cada periodo de beneficios. Los días de Medicare están limitados a 100 por periodo de beneficios. <i>Se requiere autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información.
	Cuidado en hogar sustituto para adultos y Cuidado en hogar	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita un lugar donde vivir con personas disponibles para ayudarle (continuación)	sustituto grupal para adultos		
Usted necesita tratamiento después de un accidente o accidente cerebrovascular	Terapia física, ocupacional o del habla	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita ayuda para acceder a los servicios médicos (continuación en la siguiente página)	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención solo a miembros cuyas condiciones médicas son tales que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud, o si lo autoriza el plan. El transporte en ambulancia que no sea de emergencia corresponde si se documenta que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario. Se necesita una autorización previa únicamente para ambulancia que no sea de emergencia. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Transporte de emergencia	\$0	Usted paga \$0 de copago por cobertura de emergencia mundial, cobertura de urgencia mundial y transporte de emergencia mundial,



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para acceder a los servicios médicos (continuación)			hasta un límite de beneficios de \$10,000 para el año calendario.
	Transporte para acudir a las citas médicas y a los servicios	\$0	Recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con una asignación mensual combinada de \$220 para artículos OTC, audífonos OTC, servicios de transporte para ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan y SSBCI para alimentos y productos agrícolas, transporte para necesidades no médicas y servicios públicos. Entre los ejemplos de las ubicaciones aprobadas por el plan se encuentran los proveedores de la red para servicios médicos, de farmacia, dentales y de la vista y de audición. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la siguiente página)	Medicamentos de Medicare Part B	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por el médico en su consultorio, algunos medicamentos orales para el cáncer y algunos medicamentos que se usan con cierto equipo médico. Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre estos medicamentos. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Es posible que sea necesaria la terapia escalonada para ciertos medicamentos.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)	Medicamentos de Medicare Part D Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos Categoría 2: Medicamentos genéricos Categoría 3: Medicamentos de marca preferida Categoría 4: Medicamento no preferido Categoría 5: Categoría de medicamentos especializados Categoría 6: Medicamentos de atención selecta	En función de sus ingresos y condición institucional, usted paga lo siguiente: Para medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que reciben tratamiento de genéricos): \$0 de copago; \$1.60 de copago; \$5.10 de copago Para el resto de los medicamentos: \$0 de copago; \$4.90 de copago; \$12.65 de copago Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel de “Ayuda Extra (Extra Help)” que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más información.	Es posible que haya limitaciones en cuanto a los tipos de medicamentos cubiertos. Consulte la <i>Lista de medicamentos cubiertos (Lista de Medicamentos)</i> de My Choice Wisconsin Partnership Plan para obtener más información. Una vez que usted u otras personas en su nombre paguen \$2,100, habrá alcanzado la Etapa de cobertura catastrófica y pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare. Lea la <i>Evidencia de Cobertura</i> para obtener más información sobre esta etapa. Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial: Categoría 1 Medicamentos genéricos preferidos: \$0 de copago Categoría 2 Medicamentos genéricos: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 3 Medicamentos de marca preferida: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 4 Medicamentos no preferidos: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90

Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.



Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 5 Medicamentos especializados: \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago para todos los demás medicamentos recetados. Categoría 6 Medicamentos de atención selecta: \$0 de copago Se encuentra disponible un suministro para 100 días para retirar por la farmacia minorista o por farmacias de pedidos por correo sin cargo adicional. Es posible que algunos medicamentos estén limitados a suministros de 31 días. Es posible que el plan requiera que usted pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener la autorización previa de My Choice Wisconsin Partnership Plan para recetar determinados medicamentos.
	Medicamentos de venta libre (OTC)	\$0	Recibe una tarjeta de débito prefinanciada (tarjeta MyChoice) con una asignación mensual combinada de \$220 para artículos OTC, audífonos OTC, servicios de transporte para ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan y SSBCI para alimentos y



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continuación)			productos agrícolas, transporte para necesidades no médicas y servicios públicos. Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita ayuda para mejorar o tiene necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Equipo médico para atención a domicilio	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Servicios de diálisis	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Usted necesita atención para los pies	Servicios de podología	\$0	Medicare cubre exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o cumple determinadas condiciones. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios ortóticos	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Usted necesita equipo médico duradero (DME) Nota: Esta no es una lista completa de los DME cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros o su equipo de atención o consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de Cobertura</i> .	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Nebulizadores	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Equipos y suministros de oxígeno	\$0	<i>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
Necesita ayuda para su vida en casa (continuación en la siguiente página)	Servicios de atención médica domiciliaria	\$0	Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo	\$0	Los servicios para el hogar, como limpieza o tareas domésticas, o modificaciones en el hogar, como barras de apoyo, no están cubiertos por Medicare. Este tipo de servicios puede estar disponible para usted si reúne los requisitos para los servicios de exención para ancianos y discapacitados (A&D). Los participantes de la exención para A&D pueden ser elegibles para recibir lo siguiente:



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Necesita ayuda para su vida en casa (continuación)			- Servicios de asistencia en el hogar (que ayudan con tareas como lavandería, mandados, preparación de comidas y otras tareas domésticas de rutina si nadie más en el hogar puede ayudar); - y/o Adaptaciones de accesibilidad al entorno (que son modificaciones menores en el hogar, como instalar rampas o ampliar puertas). Su coordinador de cuidados puede ayudarle a obtener más información sobre estos servicios e indicarle si podría calificar. <i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus servicios de Medicare, Medicaid y cualquier exención para A&D para los que cumpla los requisitos.
	Atención médica diurna para adultos, Servicios de la Comunidad para Adultos Mayores (CBAS) u otros servicios de apoyo	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Servicios diurnos para la recuperación de habilidades	\$0	Capacitación para la vida diaria y Servicios de recuperación de habilidades diurnas
	Servicios para ayudarle a vivir por su cuenta (servicios de atención médica domiciliaria o servicios de asistente de cuidado personal)	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Comuníquese con el plan para obtener más información.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la siguiente página)	Servicios quiroprácticos	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i>
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Es posible que se requiera autorización previa para suministros, calzado y accesorios para diabéticos. Tenemos un fabricante preferido para las tiras reactivas para diabéticos. <i>No se requiere autorización previa para fabricantes preferidos.</i>
	Educación para la salud	\$0	Programas que le ayudan a aprender a controlar sus condiciones de salud y que incluyen educación para la salud, materiales de aprendizaje, consejos de salud y consejos de cuidado.
	Beneficio de comidas: después del alta (suplementario)	\$0	Las comidas se proporcionan inmediatamente después de cada cirugía u hospitalización, o para un diagnóstico de COVID o cuarentena en el hogar debido a una exposición a COVID que requiere que permanezca en su hogar durante un período de tiempo. Usted paga \$0 de copago por 2 comidas al día durante 14 días. Este beneficio se puede utilizar hasta 2 veces al año (56 comidas en total).
	Beneficio de nutrición/alimentación	\$0	12 sesiones individuales o grupales cada año.
	Servicios de tratamiento relacionados con opioides	\$0	Es posible que se requiera autorización previa.
	Servicios de sangre para pacientes ambulatorios	\$0	Deducible de 3 pintas exonerado
	Servicios protésicos	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Radioterapia	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Servicios para ayudarle a controlar su enfermedad	\$0	<i>Es posible que se requiera autorización previa.</i> Como se trata de un plan coordinado de Medicare Medicaid, coordinaremos sus beneficios de Medicare y Medicaid.
	Beneficios suplementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas	\$0	Los miembros que califican con condiciones crónicas elegibles reciben \$220 cada mes para alimentos y productos agrícolas (SSBCI). Esta asignación mensual se combina con artículos OTC, audífonos OTC, servicios de transporte para planificar ubicaciones aprobadas relacionadas con la salud y SSBCI para el transporte para necesidades no médicas y servicios públicos.
	Servicios de telesalud	\$0	Usted abona \$0 de copago por determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios del médico de atención primaria • Servicios quiroprácticos • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médicos especialistas



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Necesidad o preocupación de salud	Servicios que posiblemente necesite	Sus costos para proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas de los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• Sesiones individuales de servicios de especialidades de salud mental • Sesiones grupales de servicios de especialidades de salud mental • Servicios de podología • Otro profesional de atención médica • Sesiones individuales de servicios psiquiátricos • Sesiones grupales de servicios psiquiátricos • Servicios de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Sesiones individuales por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios • Sesiones grupales por abuso de sustancias en pacientes ambulatorios
	Línea de Consejos de Enfermería disponible las 24 horas	\$0	Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

El resumen de beneficios anterior se proporciona sólo con fines informativos y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información acerca de sus beneficios, puede leer la *Evidencia de Cobertura* de My Choice Wisconsin Partnership Plan. Si no tiene una *Evidencia de Cobertura*, llame al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership Plan o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención o visite mychoicewi.org.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

D. Beneficios cubiertos fuera de My Choice Wisconsin Partnership Plan

Hay algunos servicios que puede obtener que no están cubiertos por My Choice Wisconsin Partnership Plan, pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia del estado o del condado. Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener más información sobre estos servicios.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de My Choice Wisconsin Partnership Plan	\$0
Tarjeta ForwardHealth Los siguientes servicios no están en el paquete de beneficios de la Asociación, pero puede obtenerlos con su tarjeta ForwardHealth: • Servicios de tratamiento de salud conductual • Servicios comunitarios integrales • Servicios de recuperación de la comunidad • Coordinación de atención prenatal • Servicios escolares	
Rehabilitación psicosocial	
Administración de casos específicos	
Habitación y comidas en un hogar de reposo	



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

E. Servicios que My Choice Wisconsin Partnership Plan, Medicare y Medicaid no cubren

Esta no es una lista completa. Llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener más información sobre otros servicios cubiertos que se excluyen.

Servicios que My Choice Wisconsin Partnership Plan, Medicare y Medicaid no cubren	
Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no estén en el directorio de proveedores). Si es un miembro indígena americano, se le permite obtener los servicios cubiertos de proveedores de atención médica para indígenas americanos fuera de la red.	
Servicios que su equipo de atención no ha aprobado o que no están incluidos en su plan de atención.	
Servicios o apoyos que no son necesarios para apoyar sus resultados.	
Gastos de vida normales como pagos de alquiler o hipoteca, alimentos, servicios públicos, entretenimiento, ropa, muebles, artículos para el hogar y seguros.	
Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisor.	
Habitación y alimentación en viviendas residenciales.	
Tarifas de tutela.	



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de My Choice Wisconsin Partnership Plan, tiene ciertos derechos. Usted puede ejercer estos derechos sin consecuencias. También puede ejercer estos derechos sin perder sus servicios de atención médica. Le hablaremos de sus derechos por lo menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la *Evidencia de Cobertura*. Sus derechos incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- **Tiene derecho a que se le trate con respeto, imparcialidad y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Obtener servicios cubiertos sin importar su afección, condición médica, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad mental), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales e identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública.
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, letra de molde grande, sistema braille o audio) de forma gratuita.
 - Estar libre de todo tipo de restricción física o reclusión.
- **Tiene derecho a recibir información sobre su atención médica.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debe estar en un idioma y formato que usted pueda entender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
 - Descripción de los servicios que cubrimos.
 - Cómo recibir servicios.
 - Cuánto le costarán los servicios.
 - Nombres de proveedores de atención médica y equipo de atención médica
- **Tiene derecho a tomar decisiones sobre sus cuidados, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de atención primaria (PCP) y cambiarlo en cualquier momento durante el año.
 - Consultar a un proveedor de atención médica de salud de la mujer sin una remisión
 - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos con rapidez
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, sin importar su costo o si están cubiertas o no
 - Rechazar tratamientos, aunque su proveedor de atención médica le aconseje lo contrario
 - Dejar de tomar medicamentos, incluso si su proveedor de atención médica le aconseja lo contrario
 - Solicitar una segunda opinión. My Choice Wisconsin Partnership Plan pagará el costo de la consulta para obtener una segunda opinión.
 - Dar a conocer sus deseos de atención médica en una directiva anticipada
- **Usted tiene derecho al acceso oportuno a atención médica sin obstáculos de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:

Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite mychoicewi.org.



- Recibir atención médica oportunamente.
- Entrar y salir del consultorio de un proveedor de atención médica. Esto significa acceso libre de obstáculos para personas con discapacidades, de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).
- Tener intérpretes que le ayuden a comunicarse con sus proveedores de atención médica y con su plan médico.
- **Tiene derecho a recibir atención médica urgente y de emergencia cuando la necesite.** Significa que tiene derecho a lo siguiente:
 - Recibir servicios de emergencia sin autorización previa en una emergencia.
 - Consultar con un proveedor de atención urgente y de emergencia fuera de la red cuando sea necesario.
- **Tiene derecho a la confidencialidad y a la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus historias clínicas de manera que usted pueda comprenderlas y pedir que se hagan cambios o correcciones en ellas.
 - Que su información médica personal se mantenga privada.
 - Tener privacidad durante el tratamiento.
- **Tiene el derecho a presentar una queja sobre sus cuidados o servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Presentar una queja o reclamo contra nosotros o nuestros proveedores.
 - Presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros de ForwardHealth del Estado de Wisconsin al 800-362-3002, TTY: 711 (Wisconsin Relay). El sitio web de My Choice Wisconsin Partnership Plan mychoicewi.org dispone de formularios de reclamación e instrucciones en línea.
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Wisconsin en cuanto a nuestros proveedores.
 - Solicitar una Audiencia Estatal.
 - Obtener una explicación detallada de por qué se denegaron los servicios.

Para obtener más información acerca de sus derechos, puede leer la *Evidencia de Cobertura*. Si tiene preguntas, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership Plan o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página.

También puede llamar al Mediador Independiente especial para personas que tienen Medicare y Medicaid. Para miembros de 18 a 59 años de edad, comuníquese con: Disability Rights Wisconsin, teléfono gratuito: 800-928-8778 y TTY: 711 (Wisconsin Relay). Para miembros de 60 años de edad o más, comuníquese con: Wisconsin Board on Aging and Long Term Care, teléfono gratuito: 800-815-0015 y TTY: 711 (Wisconsin Relay).



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

G. Cómo presentar una queja o apelación de un servicio denegado

Si tiene alguna queja o cree que My Choice Wisconsin Partnership Plan debería cubrir algo que le hemos denegado, llame al Departamento de Servicios para Miembros o a su equipo de atención a los números que aparecen en la parte inferior de esta página. Usted puede apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede consultar el **Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership Plan a los números que aparecen en la parte inferior de esta página.

Usted puede presentar una queja (un reclamo) o alguien más puede presentar la queja (el reclamo) en su nombre.

Para presentar la queja (reclamo):

- Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 963-0035, (TTY: 711)
- Envíe su queja por fax al (608) 245-3821.
- Escriba a:
My Choice Wisconsin Health Plan
ATTN: Member Rights Specialist
10201 W. Innovation Drive Suite 100
Wauwatosa, WI 53226

H. Qué hacer si sospecha de fraude

La mayoría de los profesionales de atención médica y las organizaciones que proporcionan servicios son honestos. Desafortunadamente, pueden existir algunos deshonestos.

Si le parece que algún médico, hospital u otra farmacia está cometiendo un error, comuníquese con nosotros.

- Llámenos al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership Plan o a su equipo de atención. Los números de teléfono son los números que aparecen al pie de esta página.
- O comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de ForwardHealth al 800-362-3002. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711(Wisconsin Relay).
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita.
- O bien, llame a la Línea Directa contra el Fraude del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin al 1-877-865-3432. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711(Wisconsin Relay).



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, cobros o tarjetas de identificación del miembro, llame al Departamento de Servicios para Miembros de My Choice Wisconsin Partnership Plan:

(800) 963-0035

Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora central.

El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratuitas. 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m., hora central.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de atención primaria (PCP). Siga las instrucciones de su PCP para recibir atención cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su PCP está cerrado, también puede llamar a nuestra Línea de Consejos de Enfermería. Un miembro del personal de enfermería escuchará su problema y le dirá cómo obtener atención. (Ejemplo: atención de emergencia, sala de emergencias). El número de la Línea de Consejos de Enfermería es:

(877) 373-8985.

Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

My Choice Wisconsin Partnership Plan también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.

TTY: 711

Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Recuerde que **debe** comunicarse con el ADRC de su condado para inscribirse. Esa es la única forma de inscribirse en el **Programa Partnership de My Choice Wisconsin**. Para obtener asistencia general, puede llamar al 844-WIS-ADRC (844-947-2372) o comunicarse con su Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (ADRC) local para averiguar si es elegible para unirse e inscribirse.



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

ADRC of Dane County

2865 N. Sherman Avenue

Madison, WI 53704

Teléfono gratuito: (855) 417-6892

Teléfono local: (608) 240-7400

(TTY/TDD/Servicio de retransmisión): (608) 240-7404

ADRC of Rock County

1717 Center Avenue, Suite 510

Janesville, WI 53546

Teléfono gratuito: (855) 741-3600

Teléfono local: (608) 741-3600

ADRC of Jefferson County

1541 Annex Road

Jefferson, WI 53549

Teléfono gratuito: (866) 740-2372

Teléfono local: (920) 674-8734

TTY: (800) 947-3529

TTD: (920) 674-5011

ADRC of Washington County

333 E. Washington Street, Room 1000

West Bend, WI 53095

Teléfono gratuito: (877) 306-3030

Teléfono local: (262) 335-4497

TTY/TDD/Servicio de retransmisión: Servicio de retransmisión de WI 711

ADRC of Milwaukee County

1230 W. Cherry Street

Milwaukee, WI 53205

Teléfono local: (414) 289-6874

TRS: 711

ADRC of Waukesha County

514 Riverview Avenue

Waukesha, WI 53188

Teléfono gratuito: (866) 677-2372

Teléfono local: (262) 548-7848

TTY/TDD/Servicio de retransmisión: Servicio de retransmisión de WI 711

ADRC of Ozaukee County

121 W. Main Street

P.O. Box 994

Port Washington, WI 53074

Teléfono gratuito: (866) 537-4261

Teléfono local: (262) 284-8120

TTY/TDD/Servicio de retransmisión: Servicio de retransmisión de WI 711



Si tiene alguna pregunta, llame a My Choice Wisconsin Partnership Plan al (800) 963-0035, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., hora central. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite mychoicewi.org.

Notice of Availability

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

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

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

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

Simplified Chinese

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

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

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

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

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

Italian

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

Yiddish

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

Bengali

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

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

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

French

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

Urdu

اردو

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

Tagalog

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

Greek

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

Albanian

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

German

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

Pennsylvania Dutch

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

Vietnamese

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

Somali

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

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

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

Romanian

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

Amharic

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

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลขฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

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

Samoan

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

Ilocano

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

Gujarati

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

Portuguese

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

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

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

Laotian

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

Karen

ဟ်သုဉ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီၣ်ကျိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကျိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နီၣ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျုး လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလၢ်ဘျုးလၢ်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီၤတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲနလံာ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ၣ်နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

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

Serbian

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

Croatian

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

Nepali

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

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ń sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ ìrànlowọ̀ èdè ọ̀fẹ̀ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò ìrànlowọ̀ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ egbé tó wà ní èyìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

Tamil

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

Navajo

SHOOH: Diné bizaad yiníłti', t'áá jiik'ehgo saad bee áká'ánída'awo'ígíí t'áá hadoohkáál nihá kée' hólq. T'áá ajiłii íiyisí át'éeego nihá át'éeego bee haz'ánígíí dóó t'áá ádáhodoonígíí biniiyé t'áá jíik'eh nihá kée' hólq Member Services béesh bee hane'í bikáá' dah naaznil doo ID card ni' dooleel ná'ádoolwołígíí bikáá' nihá át'é.

Shoshone

NENKAHI: Uuiss en taikw Sosohni, yu yowk taikwa tuwahntsawaiyn mahhpittsiyahnkuuk en. To kwain tuwahntsawaiyn tes tuwahntsawaiyn uut uutinantuuinkehn uukuup tsa taw natehpop suwait mampittsiyankunk yuyowk nai nimeht. Nimai suun suhmah tuwahntsawaiyn tetehtsep piinak tehpop en nuwaiyn en taikw uhmah natsu tainepeh tes waipeh.

Choctaw

KULLÓSHI: Chi Chahta anumpa ish anumpuli hosh, aiittola towa la hosh chi chiahullo li. Himona, achukma ut ish anumpuli hinla ia, il im anumpuli holisso kapvchi shulush isht ia, towa la hosh chi. Chi ID holisso okpulo bok aiittola na isht ia hosh pisa, il chi isht ia isht iachi pisa.

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਪਹੁੰਚਯੋਗ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਢੁਕਵੇਂ ਪੂਰਕ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣਗੀਆਂ। ਤੁਹਾਡੇ ID ਕਾਰਡ ਦੇ ਪਿੱਛੇ ਦਿੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੋ।

Syriac

[illegible]

