

2026

CareSource[®] MyCare
Ohio (HMO D-SNP)

Aviso Anual de Cambios

CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP) ofrecido por CareSource®

Aviso anual de cambios para 2026

Introducción

Actualmente, está inscrito como afiliado a nuestro plan. El próximo año, se realizarán cambios en nuestros beneficios, cobertura y reglas. En este *Aviso anual de cambios* se le informará sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información acerca de los costos, los beneficios o las reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP**. Comuníquese con Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página para obtener una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones se muestran por orden alfabético en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Recursos adicionales

- Puede obtener este Aviso anual de cambios de forma gratuita en otros idiomas o formatos, como impreso con letra grande, en braille o audio. Llame a Servicios para Afiliados al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y, del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario. Esta llamada es gratuita. Solo tiene que hacer la solicitud una vez. También puede cambiar su solicitud.

Aprobación de OMB 0938-1444 (Vence: 30 de junio de 2026)

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....	3
B. Revisión de su cobertura de Medicare y Medicaid para el próximo año.....	3
B1. Información acerca de CareSource MyCare Ohio.....	3
B2. Cosas importantes que hacer.....	4
C. Cambios en el nombre de nuestro plan.....	5
D. Cambios en la red de proveedores y farmacias.....	5
E. Cambios en los beneficios para el próximo año.....	5
E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos.....	5
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos.....	10
E. Cambios administrativos.....	13
G. Elegir un plan.....	13
G1. Permanecer en nuestro plan.....	13
G2. Cambiar de plan.....	13
H. Obtener ayuda.....	19
H1. Nuestro plan.....	19
H2. Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP).....	19
H3. Ómbudsman de MyCare Ohio.....	20
H4. Medicare.....	20
H5. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	21
H6. Medicaid.....	21
H7. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.....	22



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



A. Exenciones de responsabilidad

CareSource es una HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con Medicaid del estado. La inscripción en CareSource depende de la renovación del contrato.

Cuando este documento se refiere a “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, significa CareSource. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP).

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

Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que seguirá satisfaciendo sus necesidades el próximo año. De no ser el caso, es posible que tenga que dejar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige dejar nuestro plan, su afiliación terminará el último día del mes en que se hizo su solicitud. Continuará en los programas de Medicare y Medicaid mientras sea elegible. Si decide abandonar nuestro plan para inscribirse en otro plan MyCare integrado, su afiliación a Medicare y Medicaid terminarán el último día del mes en que se hizo su solicitud. Si usted elige dejar nuestro plan Medicare para inscribirse en un plan Medicare diferente que no esté integrado con Medicaid, continuará inscrito con nosotros como afiliado solo a Medicaid mientras sea elegible.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre lo siguiente:

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

B1. Acerca de CareSource MyCare Ohio

- CareSource MyCare Ohio es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- Cuando en este *Aviso anual de cambios* se utilice “nosotros”, “nuestro/a” o “nuestro plan”, se refiere a CareSource MyCare Ohio.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



B2. Cosas importantes que hacer

- **Verifique si hay algún cambio en sus beneficios que lo pueda afectar.**
 - ¿Alguno de los cambios afecta los servicios que se le brinda?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que le sirvan el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Verifique si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que lo pueda afectar.**
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Puede usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como la autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le sirva el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Verifique si sus proveedores y farmacias serán parte de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Están sus médicos, incluidos sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre el *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos totales del plan.**
 - ¿Cómo ve los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Evalúe si está satisfecho con nuestro plan.**

Si decide continuar con CareSource MyCare Ohio:

Si decide continuar con nosotros durante el próximo año, no necesita hacer nada. Si no hace un cambio, permanecerá inscrito automáticamente en CareSource MyCare Ohio.

Si decide cambiarse de plan:

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

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP).

Recibirá una nueva tarjeta de identificación de miembro de CareSource MyCare Ohio en un envío separado. Esta tarjeta de identificación lo identificará como afiliado a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP). Nuestros afiliados reciben esta tarjeta unas pocas semanas después de que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) acepten la solicitud.

Mostrará su tarjeta de identificación de afiliado de CareSource cada vez que reciba atención médica, dental, de la vista o de la audición, medicamentos o suministros. Conserve la tarjeta en un lugar seguro.

D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias

Nuestras redes de proveedores y farmacias han cambiado para 2026.

Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2026 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias están en nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web, en **CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents/**. También puede llamar a Servicios para Afiliados para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Es importante que sepa que existe la posibilidad de que también realicemos cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor no continúa en nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de la *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios para Afiliados al número que figura en la parte inferior de la página para obtener ayuda.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios para servicios médicos

Estamos realizando cambios en nuestra cobertura de ciertos servicios médicos para el próximo año. En la siguiente tabla, se describen estos cambios.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Asignación de Healthy Benefits+	<p>La tarjeta Healthy Benefits+ proporciona hasta \$500 por año para usar en gastos dentales, de la visión y de la audición calificados en ubicaciones elegibles.</p> <p>La tarjeta Healthy Benefits+ también proporciona \$100 por trimestre para artículos de venta libre (over-the-counter, OTC).</p>	<p>La tarjeta de débito Healthy Benefits+ les proporciona a todos los miembros \$287 por mes para comprar los siguientes artículos, servicios y accesorios que califican en ubicaciones elegibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículos de venta libre (OTC) • Dental • Visión • Audición <p>Además, aquellos con una o más condiciones que cumplen los requisitos pueden usar la asignación para artículos y servicios adicionales, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables* • Servicios públicos* • Asistencia para alquiler e hipoteca* • Artículos de seguridad para el hogar y el baño* • Artículos para el control de plagas en establecimientos minoristas* • Artículos para mejorar la calidad del aire en interiores* • Suministros de limpieza para el hogar* • Artículos de cuidado personal* • Artículos para el cuidado de mascotas (excepto atención y aseo veterinarios)* <p>Los montos no utilizados se transfieren al siguiente mes y vencen al final del año.</p> <p>*Los beneficios mencionados son Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically III, SSBCI). No todos los afiliados califican. Consulte los documentos del plan para ver una lista de las condiciones.</p>

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Enemas de bario	El beneficio del enema de bario está cubierto	El beneficio del enema de bario <u>no</u> está cubierto
Asignación para el plan odontológico	No corresponde asignación para el plan odontológico	Un examen bucal, una limpieza, tratamientos con flúor e implantes dentales están sujetos a un máximo anual de asignación dental de \$5,000. Se requiere autorización previa para algunos servicios. Debido a que usted tiene Medicaid , muchos servicios dentales, incluidos los servicios odontológicos preventivos e integrales, están cubiertos. Para ver la cobertura dental de Medicaid, visite https://medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/dental
Suministros para la diabetes	Los suministros para la diabetes están limitados a los siguientes fabricantes: Tiras reactivas y medidores de glucosa: Productos Abbott y Lifescan	Los suministros para la diabetes están limitados al siguiente fabricante: Tiras reactivas y medidores de glucosa en sangre: Abbott Diabetes
Beneficio de gimnasio	El beneficio de gimnasio no está cubierto	Incluye membresía en gimnasios participantes y un kit de ejercicios para el hogar, así como funciones en línea (videos de entrenamiento a demanda, eventos virtuales y sesiones de entrenamiento especializadas)
Educación sobre la salud	La educación sobre la salud no está cubierta	La educación sobre la salud <u>está cubierta</u>
Servicios para la audición	Los exámenes auditivos de rutina están cubiertos	Los exámenes auditivos de rutina están cubiertos, límite de 1 por año

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Servicios para la audición, audífonos con receta	2 audífonos. No más de una vez cada 4 años en el caso de los convencionales y 5 años en el caso de los digitales o programables.	2 audífonos TruHearing Advanced Level cada 3 años (límite de 1 audífono por oído cada 3 años). Hay estilos recargables disponibles.
Servicios de podiatría que no son de Medicare	Los servicios de podiatría que no son de Medicare no están cubiertos	6 visitas adicionales por año para el cuidado de rutina de los pies <u>están cubiertas</u>
Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)	El Sistema de respuesta de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS) está cubierto únicamente para afiliados para los que Medicaid Ohio ha determinado la necesidad de recibir atención a largo plazo	El PERS está cubierto únicamente para afiliados a Community Well y afiliados para los que Medicaid de Ohio ha determinado la necesidad de atención a largo plazo
Beneficios de telesalud (adicional)	Incluye servicios de atención primaria, sesiones individuales para servicios de especialidad de salud mental, sesiones individuales para servicios psiquiátricos	Visitas que no se consideran de emergencia, en el mismo día, con un proveedor de salud conductual o de medicina general por teléfono o por video
Atención de emergencia/de urgencia y transporte de emergencia en todo el mundo	La atención de emergencia/de urgencia y el transporte de emergencia en todo el mundo no está cubierto	La atención de emergencia/de urgencia y transporte de emergencia en todo el mundo <u>está cubierto</u> : beneficio máximo anual de \$10,000
Terapia de aumento	La terapia de aumento no está cubierta	Terapia remota para mejorar las actividades de la vida diaria. Disponible para afiliados con ciertas afecciones médicas que califican.
CareBridge	CareBridge no está cubierto	La tableta con conexión celular para el acceso a un equipo médico capacitado para afiliados que cumplen con ciertos requisitos <u>está cubierta</u> .

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Programa de Pares de Centros para la Vida Independiente (CIL)	El Programa de Pares de Centros para la Vida Independiente (Centers for Independent Living, CIL) no está cubierto	Los servicios básicos que incluyen defensa, información y derivación, apoyo de pares, capacitación en habilidades y asistencia para la transición de instituciones u hogares de ancianos a la vida basada en la comunidad <u>están cubiertos</u>
Compañía	El servicio de compañía está cubierto	El servicio de compañía para los afiliados que cumplan con ciertos requisitos de elegibilidad <u>está cubierto</u>
Express Banking	Express Banking no está cubierto	Express Banking <u>está cubierto</u> . Consulte los documentos del plan para obtener más información
Telefonía celular: Pulsewrx	Pulsewrx no está cubierto	Los servicios para conectarlo a un teléfono celular gratuito o de bajo costo <u>están cubiertos</u> .
Monitoreo remoto de pacientes	El monitoreo remoto de pacientes no está cubierto	El monitoreo remoto de los pacientes, como como oxímetros de pulso y glucómetros, <u>está cubierto</u> solo para afiliados de doble beneficio que cumplen con ciertas condiciones, como tener enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfermedad respiratoria y diabetes.
Kits de seguridad	Los kits de seguridad no están cubiertos	Los kits de seguridad <u>están cubiertos</u> para afiliados que cumplen con la evaluación del equipo de atención de estar inseguro en su hogar debido a una afección médica
WW (anteriormente conocido como Weight Watchers)	WW no está cubierto	La membresía de 12 semanas de WW para los afiliados elegibles que participen en la administración de la atención y tengan una condición que califique <u>está cubierta</u> . Consulte los documentos del plan para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Hay una *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada en nuestro sitio web **CareSource.com/oh/plans/MyCare-snp/plan-documents/**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de esta página para obtener información actualizada sobre los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una *Lista de medicamentos cubiertos*.

La *Lista de medicamentos cubiertos* también se llama *Lista de medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, lo que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos, cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos.

Revise la *Lista de medicamentos* para **asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año** y para consultar si hay alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra *Lista de medicamentos* en línea, al menos, una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, se lo notificaremos.

Si algún cambio en la cobertura de los medicamentos lo afecta, le recomendamos lo siguiente:

- Averigüe con su médico (u otra persona que emita las recetas) si hay otro medicamento que nosotros cubramos.
 - Puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que aparecen en la parte inferior de esta página o comunicarse con su coordinador de la atención para solicitar una *Lista de medicamentos cubiertos* que traten la misma afección.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser adecuado para usted.
- Solicítenos que cubramos un suministro provisional del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubriremos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el**

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



- Este suministro temporal es para hasta 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*).
- Cuando reciba un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer una vez que dicho suministro se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos su medicamento actual.

Toda excepción actual al formulario que pueda otorgársele continuará teniendo cobertura el próximo año, siempre que la determinación de cobertura no haya vencido.

Cambios en los costos de los medicamentos

No hay cambios en el monto que paga por medicamentos en 2026. Lea a continuación para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos.

La siguiente tabla muestra sus costos para los medicamentos en cada uno de nuestros 5 niveles de medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
<p>Medicamentos del Nivel 1 (Medicamentos preferidos genéricos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 1 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 2 (Medicamentos genéricos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 2 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 3 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>
<p>Medicamentos del Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 4 surtido en una farmacia de la red</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0.</p>

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo**, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Medicamentos del Nivel 5 (Medicamentos de especialidad) Costo por un suministro para un mes de un medicamento del Nivel 5 surtido en una farmacia de la red	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 .	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de \$0 .

F. Cambios administrativos

En 2026, CareSource® MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) cambiará a un Plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad totalmente integrado (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP) llamado CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP). Su cobertura de Medicare y Medicaid será administrada por CareSource bajo un solo plan.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cambio de nombre del plan	CareSource® MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)	CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

G. Elegir un plan

G1. Permanecer en nuestro plan

Esperamos poder mantenerlo como afiliado del plan. Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. A menos que se registre en un plan de Medicare diferente o cambie a Medicare Original, permanecerá inscrito como afiliado a nuestro plan automáticamente para 2026.

G2. Cambiar de plan

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su afiliación durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede finalizar su afiliación a nuestro plan en cualquier mes del año. Dado que CareSource MyCare Ohio cubre tanto los servicios de Medicare como los de Medicaid, su cobertura de Medicaid está coordinada para que coincida con su plan MyCare Medicare seleccionado. Mientras esté inscrito en este plan MyCare para sus beneficios de Medicare, su inscripción a Medicaid también estará relacionada con el plan CareSource MyCare Ohio.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



Además, puede terminar su afiliación a nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de inscripción abierta**, que rige del 15 de octubre al 7 de diciembre. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación a CareSource MyCare Ohio terminará el 31 de diciembre y su afiliación al nuevo plan comenzará el 1 de enero.
- El **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA)**, que rige del 1 de enero al 31 de marzo. Si elige un nuevo plan durante este período, su afiliación al nuevo plan comenzará el primer día del mes siguiente.

Puede suceder que haya otras situaciones en las que sea elegible para realizar cambios en su inscripción. Por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- si se muda fuera de nuestra área de servicio;
- si su elegibilidad para Medicaid o para la Ayuda Adicional ha cambiado o
- si recientemente se mudó o actualmente está recibiendo atención médica en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se muda.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir los servicios de Medicare que se enumeran a continuación en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se enumera a continuación durante ciertos períodos del año, incluido el **Período de inscripción abierta** y el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones que se describen en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, usted automáticamente finaliza su afiliación a nuestro plan. También puede elegir un plan MyCare Ohio integrado diferente en cualquier mes del año. Esto dará como resultado que su afiliación con nosotros termine y su inscripción se transferirá al plan MyCare que elija tanto para sus beneficios de Medicare como para Medicaid el primer día del mes siguiente, cuando se realice su selección.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [CareSource.com/MyCare-SNP](https://www.caresource.com/MyCare-SNP).



<p>1. Puede cambiar a:</p> <p>Otro plan que proporciona su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como plan para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad integrado (D-SNP) o plan del Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), si cumple con los requisitos.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas relacionadas con el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-800-266-4346, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: marque 711).</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en un nuevo D-SNP integrado.</p> <p>Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Medicaid de Ohio alineará automáticamente su inscripción a Medicaid para que coincida con su plan seleccionado.</p>
---	--

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

<p>2. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original con un plan independiente para medicamentos de Medicare.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov , de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare.</p> <p>Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Cambiar a Medicare Original no afectará su inscripción en Medicaid de Ohio.</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163** (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el **1 de octubre hasta el 31 de marzo**, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

<p>3. Puede cambiar a:</p> <p>Medicare Original sin un plan independiente para medicamentos de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted le indique a Medicare que no quiere inscribirse.</p> <p>Solo debe rechazar la cobertura para medicamentos con receta si tiene cobertura de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas acerca de si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. <p>Su inscripción a nuestro plan se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura de Medicare Original.</p> <p>Cambiar a Medicare Original no afectará su inscripción en Medicaid de Ohio.</p>
--	--

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes, y desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.



La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.

<p>4. Puede cambiar a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante determinados períodos del año, incluido el Período de inscripción abierta y el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas relacionadas con el Programa de Atención Integral para Personas de la Tercera Edad (PACE), llame al 1-800-266-4346, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. (TTY: marque 711).</p> <p>Si necesita recibir más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a oshiipmail@insurance.ohio.gov, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5 p. m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip. <p>O BIEN</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan Medicare.</p> <p>Su afiliación a nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p> <p>Su Medicaid no se verá afectado si cambia de plan de Medicare, a menos que elija un programa PACE. Si elige la cobertura de PACE, su Medicaid estará cubierto a través de PACE.</p>
---	---

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.



Servicios de Medicaid

Si tiene preguntas acerca de cómo obtener sus servicios de Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con la Línea directa de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680, de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1. Pregunte de qué forma unirse a otro plan o regresar a Medicare Original afecta la manera en que obtiene su cobertura de Medicaid.

H. Obtener ayuda

H1. Nuestro plan

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

Lea su *Evidencia de cobertura*

La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada y legal de los beneficios de nuestro plan. Tiene información sobre los beneficios para 2026 y se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos.

La *Evidencia de cobertura de 2026 estará disponible a partir del 15 de octubre*. Puede encontrar una copia actualizada de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP**. También puede llamar a Servicios para Afiliados para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura* de 2026.

Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **CareSource.com/MyCare-SNP**. Queremos recordarle que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores y farmacias (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos (Lista de medicamentos cubiertos)*.

H2. Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP). En Ohio, el SHIP se denomina Programa de Información de Seguro Médico para Adultos Mayores de Ohio (OSHIIP). Este programa puede ayudarlo a entender las opciones de su plan y a responder preguntas acerca del cambio de plan. El OSHIIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El OSHIIP cuenta con asesores

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



capacitados en todos los condados y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del OSHIIP es 1-800-686-1578 (TTY: 711). Para obtener más información o para encontrar una oficina local del OSHIIP en su área, visite www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip.

H3. Ómbudsman de MyCare Ohio

El Programa del Ómbudsman puede ayudarlo si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del Ómbudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ómbudsman tiene las siguientes funciones:

- Es un defensor en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le pueden ayudar a saber qué debe hacer.
- Se asegura de que tenga la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo pueden resolverse sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía aseguradora o plan de salud. El teléfono del Programa del Ómbudsman es 1-800-282-1206. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750. El Ómbudsman de MyCare Ohio está disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare a la dirección: P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044.

El sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Si decide desafiarse de nuestro plan e inscribirse en otro plan Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes.

Puede encontrar información sobre los planes Medicare que están disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para obtener información acerca de los planes, consulte www.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes”).

Medicare y usted 2026

Puede leer el manual *Medicare y usted 2026*. Este folleto se envía por correo postal todos los años en otoño a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios de

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **CareSource.com/MyCare-SNP**.



Medicare, los derechos y protecciones, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Este es un grupo de médicos y de otros profesionales de la salud que ayudan a mejorar la calidad de la atención para las personas que cuentan con la cobertura de Medicare. La QIO es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

LLAME AL	1-888-524-9900
TTY	1-888-985-8775 <i>Este número es para personas con dificultades para escuchar o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</i>
ESCRIBA A	10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	www.livantaqio.com/

Comuníquese con la QIO para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos en la atención médica
- presentar una queja sobre la atención que recibió si ocurre algo de lo siguiente:
 - tiene un problema con la calidad de la atención, como obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,
 - piensa que su estadía en el hospital termina demasiado pronto, o
 - piensa que la cobertura de su atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro Integral de Rehabilitación de Paciente Ambulatorio (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.

H6. Medicaid

Medicaid ayuda con los servicios médicos y a largo plazo y brinda apoyo con los costos a aquellas personas cuyos ingresos y recursos son limitados.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.



Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Línea directa al consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680. Servicio al Cliente: de lunes a viernes de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este.

También puede contactarse con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares local del condado si tiene dudas o necesita enviar información sobre cambios en su dirección, ingresos u otro seguro. La información de contacto se encuentra disponible en línea en: jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf.

LLAME AL	1-800-324-8680 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. y los sábados de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Ohio al 7-1-1.
ESCRIBA A	505 South High Street Columbus, Ohio 43215
CORREO ELECTRÓNICO	bmhc@medicaid.ohio.gov
SITIO WEB	www.ohiomh.com/

H7. Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del Programa de Asistencia Farmacéutica de su estado (State’s Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que reúnen los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare solamente. Todas las personas inscritas son elegibles para participar en este programa, independientemente de su nivel de ingresos. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que figura en la parte inferior de esta página o visite www.medicare.gov.

Si tiene preguntas, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163**

(TTY: 1-833-711-4711 o 711), de **8 a. m. a 8 p. m.**, de **lunes a viernes**, y desde el

1 de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario.

La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite CareSource.com/MyCare-SNP.



Get free help in your language with interpreters and other written materials. Get free aids and support if you have a disability. Call **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 or 711)**.



Obtenga ayuda gratuita en su idioma a través de intérpretes y otros materiales en formato escrito. Obtenga ayudas y apoyo gratuitos si tiene una discapacidad. Llame **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

احصل على مساعدة مجانية بلغتك من خلال المترجمين الفوريين والمواد المكتوبة الأخرى. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، ستحصل على المساعدات والدعم مجانًا. اتصل على الرقم **1-855-475-3163 (TTY: "الهاتف النصي للصم وضعاف السمع" 1-833-711-4711 أو 711)**.

通过口译员和其他书面材料，获得您所使用语言的免费帮助。如果您有残疾，可以获得免费的辅助设备和支持。请致电：**1-855-475-3163 (TTY 专线: 1-833-711-4711 或 711)**。

Erhalten Sie kostenlose Hilfe in Ihrer Sprache durch Dolmetscher und andere schriftliche Unterlagen. Beziehen Sie kostenlose Hilfsmittel und Unterstützung, wenn Sie eine Behinderung haben. Rufen Sie folgende Telefonnummer an: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oder 711)**.

Obtenez une aide gratuite dans votre langue grâce à des interprètes et à d'autres documents écrits. Si vous souffrez d'un handicap, vous bénéficiez d'aides et d'assistance gratuites. Appelez le **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ou le 711)**.

Nhận trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của quý vị với thông dịch viên và các tài liệu bằng văn bản khác. Nhận trợ giúp và hỗ trợ miễn phí nếu quý vị bị khuyết tật. Gọi **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 hoặc 711)**.

Grick Hilfe mitaus Koscht in dei Schprooch mit Iwwersetzer un annere schriftliche Dinge. Grick Aids un Hilfe mitaus Koscht wann du en Behinderung hoscht. Ruf **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 odder 711)**.

आपकी भाषा के इंटरप्रेटर तथा आपकी भाषा में अन्य लिखित सामग्रियों संबंधी फ्री मदद पाएं। यदि आपको कोई डिसएबिलिटी हो, तो मुफ्त सहायता और सपोर्ट प्राप्त करें। कॉल करें **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 या 711)**।

통역사와 기타 서면 자료의 도움을 귀하의 언어로 무료로 받으세요. 장애가 있을 경우, 보조와 지원을 무료로 받으세요. **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 또는 711)**. 로 문의하세요.

በአስተርጓሚዎች እና በሌሎች የጽሑፍ ቁሳቁሶች በቋንቋዎ ከክፍያ ነፃ እርዳታ ያግኙ። የአካል ጉዳት ካለብዎት ከክፍያ ነፃ እርዳታ እና ድጋፍ ያግኙ። ወደ **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ወይም 711)** ይደውሉ።

Gba irànlówó òfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifò àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlówó àti àtiléyìn òfẹ bí o bá ní àìlera kan. Pe **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 tàbí 711)**.

Makakuha ng libreng tulong sa wika mo gamit ang mga interpreter at mga ibang nakasulat na materyales. Makakuha ng mga libreng pantulong at suporta kung may kapansanan ka. Tumawag sa **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**.

موڤر كولى شو ستاسو د روغتيا پاملرني په اړه ستاسو په ژبه كې او د نورو بنو (يعني فارميتونو) له لاري له تاسو سره وړيا مرسته وكړو. آيا زموږ د موادو لوستلو لپاره ملاتړ يا مرستې ته اړتيا لرئ؟ آيا تاسو له موږ سره خبرو كولو لپاره د ژبې خدمتونه غواړئ؟ زنگ ووهئ په **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711) يا 711**.

వ్యాఖ్యాతలు మరియు ఇతర రాతపూర్వక మెటీరియల్స్ తో మీ భాషలో ఉచిత సహాయాన్ని పొందండి. ఒకవేళ మీకు వైకల్యం ఉంటే, ఉచిత ఉపకరణాలు మరియు మద్దతు పొందండి. కాల్ చేయండి: **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 లేదా 711)**.

दोभाषे र अन्य लिखित सामग्रीहरूको माध्यमद्वारा आफ्नो भाषामा निःशुल्क मद्दत प्राप्त गर्नुहोस्। तपाईंलाई अशक्तता छ भने निःशुल्क सहायता र समर्थन प्राप्त गर्नुहोस्। **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 वा 711)** मा कल गर्नुहोस्।

သင့်ဘာသာစကားအတွက် စကားပြန်များနှင့် အခြားပုံနှိပ်စာရွက်များကို အခမဲ့အကူအညီရယူပါ။ သင်သည် မသန်စွမ်းသူတစ်ဦးဖြစ်ပါက အခမဲ့အကူအညီများနှင့် အထောက်အပံ့များ ရယူပါ။ ဖုန်းခေါ်ရန် - **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 သို့မဟုတ် 711)**။

Jwenn èd gratis nan lang ou ak entèprèt ansanm ak lòt materyèl ekri. Jwenn èd ak sipò gratis si w gen yon andikap. Rele **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 oubyen 711)**.

Bök jibañ ilo an ejjelok wōnāān ikkijjien kajin eo am ibbān rukok ro im wāween ko jet ilo jeje. Bök jeralin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejnin utamwe. Kalle **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 ak 711)**.

H6396_OH-SNP-M-4151482_C

ODM Approved: 08/31/2025



**Department of
Medicaid**

Next Generation MyCare

