

**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**

En la actualidad, usted está inscrito como afiliado a nuestro plan. El próximo año se realizarán cambios en nuestros beneficios, la cobertura y las reglas. En este *Aviso anual de cambios* se le informará sobre los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare-SNP**. Comuníquese a 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 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.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana en el mismo horario. Esta llamada es gratuita. Solo tiene que solicitarlo una vez. También puede cambiar su solicitud.

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al 1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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 sobre CareSource MyCare Ohio.....	3
B2. Cosas importantes que hacer .....	4
C. Cambios en el nombre de nuestro plan .....	5
D. Cambios en nuestra red de proveedores y farmacias.....	5
E. Cambios en los beneficios para el próximo año.....	5
E1. Cambios en los beneficios para los servicios médicos.....	5
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos .....	9
F. Cambios administrativos .....	12
G. Cómo elegir un plan .....	12
G1. Cómo permanecer en nuestro plan .....	12
G2. Cómo cambiar de planes.....	12
H. Obtener ayuda .....	18
H1. Nuestro plan .....	18
H2. Programa de Información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP) .....	18
H3. Ómbudsperson de MyCare Ohio .....	19
H4. Medicare .....	19
H5. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	20
H6. Medicaid .....	21
H7. El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare .....	21

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



---

## 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 refiera a “nosotros”, “nos”, o “nuestro/a”, significa CareSource. Cuando se utilice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareSource MyCare Ohio.

---

## 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 el plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige abandonar el plan, su afiliación terminará el último día del mes en que se presentó la solicitud. Seguirá 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 presentó la solicitud. Si usted elige abandonar nuestro plan de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare diferente que no esté integrado con Medicaid, continuará inscrito con nosotros como afiliado solo a Medicaid mientras cumpla los requisitos.

Si abandona nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

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

### B1. Información sobre CareSource MyCare Ohio

- CareSource MyCare Ohio es un plan de salud que celebra contratos tanto con Medicare como con Medicaid de Ohio para proporcionarles a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- Cuando este *Aviso anual de cambios* dice “nosotros”, “nos”, “nuestro” 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



## 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 sean convenientes para usted 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? ¿Habrán algún cambio, como cambios en la autorización previa, la terapia escalonada o los límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea conveniente para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en su 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 nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- **Piense en sus costos totales del plan.**
  - ¿Cómo ve los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Considere 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 ningún cambio, permanecerá inscrito automáticamente en CareSource MyCare Ohio.

### Si decide cambiarse de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiarse a otro plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



---

## C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambia de CareSource Dual Advantage™ (HMO D-SNP) a CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP).

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

Usted mostrará su tarjeta de identificación de afiliado a CareSource cada vez que reciba atención médica, odontológica, oftalmológica o de la audición, medicamentos o suministros. Conserve su 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 se encuentran en nuestra red. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web **CareSource.com/oh/plans/mycare-snp/plan-documents/**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de esta página 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 abandona 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 los 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<b>Asignación de Healthy Benefits+</b>	<p>Conforme al modelo de Diseño de seguros basado en el valor (Value-Based Insurance Design, VBID), el plan cubre \$255 por mes para artículos, servicios y accesorios aprobados de ubicaciones elegibles, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos, frutas y verduras frescas</li> <li>• Artículos de venta libre (OTC)</li> <li>• Costos de los servicios públicos</li> <li>• Artículos de cuidado personal</li> <li>• Artículos para el cuidado de mascotas (excepto atención y aseo veterinarios)</li> <li>• Odontología</li> <li>• Visión</li> <li>• Audición</li> </ul>	<p>La <b>tarjeta de débito Healthy Benefits+</b> proporciona a todos los afiliados <b>\$287 por mes</b> para adquirir los siguientes artículos, servicios y accesorios que cumplen los requisitos en ubicaciones elegibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Artículos de venta libre</li> <li>• Odontología</li> <li>• Visión</li> <li>• Audición</li> </ul> <p>Además, quienes tengan una o más condiciones que califican pueden usar la asignación para artículos y servicios adicionales, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos saludables*</li> <li>• Servicios públicos*</li> <li>• Asistencia para alquiler e hipoteca*</li> <li>• Artículos de seguridad para el hogar y el baño*</li> <li>• Artículos para el control de plagas en establecimientos minoristas*</li> <li>• Artículos para mejorar la calidad del aire en interiores*</li> <li>• Suministros de limpieza para el hogar*</li> <li>• Artículos de cuidado personal*</li> <li>• Artículos para el cuidado de mascotas (excepto atención y aseo veterinarios)*</li> </ul> <p>Los montos no utilizados se transfieren de mes a 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 Ill, SSBCI). No todos los afiliados califican. Consulte los documentos del plan para obtener 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<b>Enemas de bario</b>	El beneficio de enema de bario está cubierto.	El beneficio de enema de bario <u>no</u> está cubierto.
<b>Asignación para el Plan odontológico</b>	Asignación máxima del plan de \$6,000 para beneficios odontológicos preventivos e integrales cada año.	<p>Un examen bucal, una limpieza, tratamientos con flúor e implantes dentales están sujetos a un máximo anual de asignación odontológica de \$5,000.</p> <p>Autorización previa: se requiere para algunos servicios.</p> <p><b>Dado que usted tiene Medicaid</b>, muchos servicios odontológicos, incluidos los servicios odontológicos preventivos e integrales, están cubiertos. Para consultar la cobertura odontológica de Medicaid, visite <a href="https://medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/dental">https://medicaid.ohio.gov/families-and-individuals/srvcs/dental</a></p>
<b>Suministros para la diabetes</b>	Los suministros para la diabetes están limitados a los siguientes fabricantes: <b>Tiras reactivas y medidores de glucosa:</b> productos Abbott y Lifescan.	Los suministros para la diabetes están limitados al siguiente fabricante:  <b>Tiras reactivas y medidores de glucosa:</b> Abbott
<b>Sistema de respuesta en caso de emergencia personal (PERS)</b>	El sistema de respuesta en caso de emergencia personal (Personal Emergency Response System, PERS) está cubierto.	El sistema de respuesta en caso de emergencia personal está cubierto para los afiliados a Community Well y solo para aquellos afiliados que Medicaid de Ohio haya determinado que tienen una necesidad de atención médica a largo plazo.
<b>Beneficios de telesalud (adicionales)</b>	Incluye servicios de atención primaria, sesiones individuales para servicios de especialidad en salud mental y sesiones individuales para servicios psiquiátricos.	Consultas en el mismo día que no se consideran de emergencia con un proveedor de salud conductual o de medicina general por teléfono o video.

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<b>Servicios oftalmológicos: exámenes de la vista</b>	Un examen oftalmológico de rutina por año.	El plan cubre un examen integral de la vista: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por período de 12 meses para afiliados mayores de 59 años; o</li> <li>• Por período de 24 meses para afiliados entre 21 y 59 años.</li> </ul>
<b>Atención de la visión, gafas o lentillas</b>	Monto máximo de cobertura del plan de \$600 cada año para todos los anteojos o lentillas sin cobertura de Medicare.	El plan cubre una montura completa y un par de lentes (lentes de contacto, si son médicamente necesarios): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por período de 12 meses para afiliados mayores de 59 años; o</li> <li>• Por período de 24 meses para afiliados entre 21 y 59 años.</li> </ul>
<b>Terapia de aumento</b>	La terapia de aumento no está cubierta.	La terapia que les proporciona a los afiliados que califican terapia remota para mejorar las actividades de la vida cotidiana <u>está</u> cubierta.
<b>CareBridge</b>	CareBridge no está cubierto.	La tableta con conexión celular para acceder a un equipo médico capacitado para aquellos afiliados que cumplen determinados requisitos <u>está</u> cubierta.
<b>Programa de pares de los Centros para la vida independiente (Centers for Independent Living, CIL)</b>	El Programa de pares de los 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 hogares de ancianos o instituciones a la vida basada en la comunidad <u>están</u> cubiertos.
<b>Servicio de acompañante</b>	El servicio de acompañante no está cubierto.	El servicio de acompañante para afiliados que cumplan con ciertos requisitos de atribución <u>está</u> cubierto.
<b>Express Banking</b>	Express Banking no está cubierto.	Express Banking <u>está</u> cubierto. 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<b>Pulsewrx – Teléfono celular</b>	Pulsewrx no está cubierto.	Los servicios para conectarlo a un programa que ofrece teléfono celular gratuito o de bajo costo <u>están</u> cubiertos.
<b>Seguimiento remoto de pacientes</b>	El seguimiento remoto de pacientes no está cubierto.	El seguimiento remoto de pacientes, como oxímetros de pulso y glucómetros <u>está</u> cubierto solo para afiliados de doble beneficio que cumplen con ciertas afecciones tales como tener EPOC o enfermedades respiratorias y diabetes.
<b>Kits de seguridad</b>	Los kits de seguridad no están cubiertos.	Los kits de seguridad <u>están</u> cubiertos para afiliados que cumplen con la evaluación del equipo de atención de estar inseguros en su hogar debido a una afección médica.
<b>WW (anteriormente conocido como Weight Watchers)</b>	WW no está cubierto.	La afiliación a WW de 12 semanas <u>está</u> cubierta para afiliados elegibles que participan en la administración de la atención con una afección que califica. Consulte los documentos del plan para obtener más información.

## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

### Cambios en nuestra *Lista de medicamentos*

Puede encontrar 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 figuran 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 denomina *Lista de medicamentos*.

Realizamos cambios en nuestra *Lista de medicamentos*, lo que podría incluir la eliminación o adición de medicamentos o 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 habrá restricciones.

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



La mayoría de los cambios en la *Lista de medicamentos* se introducen al 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 el listado más actualizado. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que está tomando, se lo notificaremos.

Si se ve afectado por algún cambio en la cobertura de los medicamentos, 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 figuran 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 **provisional** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Se le dará este suministro provisional por un máximo de 30 días. (Para obtener más información sobre cuándo puede recibir un suministro provisional y cómo solicitar uno, consulte el **Capítulo 5** de su *Evidencia de cobertura*).
  - Cuando reciba un suministro provisional de un medicamento, hable con su médico para decidir qué hacer una vez que dicho suministro se termine. Puede cambiar a un medicamento diferente que sea cubierto por el plan o pedirnos que hagamos una excepción y 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 expire.

### **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.

En la siguiente tabla se muestran 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<p><b>Medicamentos de Nivel 1</b> (Medicamentos preferidos genéricos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 1 surtido en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 2 surtido en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferidos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 3 surtido en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>
<p><b>Medicamentos de Nivel 4</b> (Medicamentos no preferidos)</p> <p>Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 4 surtido en una farmacia de la red.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>	<p>Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b>.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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)
<b>Medicamentos de Nivel 5</b> (Nivel de especialidad)  Costo por un suministro para un mes de un medicamento de Nivel 5 surtido en una farmacia de la red.	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b> .	Su copago para un suministro de un mes (30 días) es de <b>\$0</b> .

## F. Cambios administrativos

En 2026, CareSource Dual Advantage (HMO D-SNP) cambiará a un Plan de necesidades especiales completamente integrado para personas con doble elegibilidad (Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan, FIDE SNP), llamado **CareSource MyCare Ohio** (HMO D-SNP). Esto significa que CareSource administrará tanto su cobertura de Medicare como de Medicaid bajo un solo plan.

	2025 (este año)	2026 (el próximo año)
Cambio en el nombre del plan	CareSource® Dual Advantage (HMO D-SNP)	CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

## G. Cómo elegir un plan

### G1. Cómo permanecer en nuestro plan

Esperamos que continúe siendo un afiliado a nuestro 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 en 2026 de manera automática.

### G2. Cómo cambiar de planes

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su afiliación durante ciertos períodos del año. Debido a que tiene Medicaid, usted 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

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



sus beneficios de Medicare, su inscripción a Medicaid también será mediante el plan CareSource MyCare Ohio.

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)** 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.

Pueden existir otras situaciones en las que sea elegible para realizar cambios en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

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

### Sus servicios de Medicare

A continuación, se enumeran las tres opciones que tiene para recibir sus servicios de Medicare durante cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se menciona 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 descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, usted terminará su afiliación a nuestro plan de manera automática. También puede elegir un plan MyCare Ohio integrado diferente en cualquier mes del año. Esto hará 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 elección.

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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><b>1. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Otro plan que le proporcione su Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un plan, también conocido como Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad integrado (Integrated Dual-eligible Special Needs Plan, D-SNP) o plan del Programa de atención integral para personas de la tercera edad (PACE), si califica.</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>sobre el Programa de atención integral para personas de la tercera edad (All-inclusive Care for the Elderly, 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"> <li>• Llame al Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:oshiipmail@insurance.ohio.gov">oshiipmail@insurance.ohio.gov</a>, 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 <a href="http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip">www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip</a>.</li> </ul> <p><b>O BIEN</b></p> <p>Inscribirse en un nuevo plan D-SNP integrado.</p> <p>Su inscripción en nuestro plan finalizará 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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><b>2. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan independiente para medicamentos de Medicare</b></p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llamar 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"><li>• Llame al Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:oshiipmail@insurance.ohio.gov">oshiipmail@insurance.ohio.gov</a> , 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 <a href="http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip">www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip</a>.</li></ul> <p><b>O BIEN</b></p> <p>Inscribirse 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 a 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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><b>3. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan independiente para medicamentos de Medicare.</b></p> <p><b>NOTA:</b> Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados 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 recetados si tiene cobertura de medicamentos de otra fuente, como un empleador o sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP) de Ohio al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:shiipmail@insurance.ohio.gov">shiipmail@insurance.ohio.gov</a> , 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 <a href="http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip">www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip</a>.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llamar 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"> <li>• Llame al Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:oshiipmail@insurance.ohio.gov">oshiipmail@insurance.ohio.gov</a> , 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 <a href="http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip">www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip</a>.</li> </ul> <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 a 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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><b>4. Puede cambiar a:</b></p> <p><b>Cualquier plan de salud de Medicare</b> durante determinados períodos del año, incluido el <b>Período de inscripción abierta</b> y el <b>Período de inscripción abierta de Medicare Advantage</b> u otras situaciones descritas en la <b>Sección A</b>.</p>	<p><b>Esto es lo que debe hacer:</b></p> <p>Llamar 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"> <li>• Llame al Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP) al 1-800-686-1578 o envíe un correo electrónico a <a href="mailto:oshiipmail@insurance.ohio.gov">oshiipmail@insurance.ohio.gov</a>, 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 <a href="http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip">www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip</a>.</li> </ul> <p><b>O BIEN</b></p> <p>Inscribirse en un nuevo plan de Medicare.</p> <p>Su inscripción a nuestro plan de Medicare finaliza automáticamente cuando comienza 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 del PACE, su Medicaid estará cubierto a través del PACE.</p>
---	--

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



## Sus 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 sábados de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de relevo de Ohio (Ohio Relay Service) al 7-1-1. Preguntar cómo 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 ayudar si tiene alguna pregunta. Llame a Servicios para Afiliados a los números que figuran 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 su plan. Tiene detalles sobre los beneficios para 2026, y se explican sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La *Evidencia de cobertura para 2026 estará disponible, a más tardar, el 15 de octubre*. Puede encontrar una copia actualizada de la *Evidencia de cobertura* disponible en nuestro sitio web **CareSource.com/MyCare-SNP**. También puede llamar a Servicios para Afiliados a los números que figuran en la parte inferior de esta página para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura* para el 2026.

#### Nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **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 sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP)

También puede llamar al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (State Health Insurance Program, SHIP). En Ohio, el SHIP se denomina Programa de información sobre seguros médicos para adultos mayores de Ohio (OSHIIP). El OSHIIP puede ayudarle a entender las opciones de su plan y a responder preguntas acerca del cambio de plan. El OSHIIP es independiente (no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



seguros o plan de salud). El OSHIIP cuenta con asesores capacitados en cada condado 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](http://www.insurance.ohio.gov/about-us/divisions/oshiip).

### H3. Ómbudsperson de MyCare Ohio

*El Programa de ómbudsperson puede ayudarle si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios de ómbudsperson son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. En el Programa de ómbudsperson:*

- trabajan como sus defensores en su nombre. Pueden responder sus preguntas si tiene problemas o reclamaciones y le pueden ayudar a saber qué debe hacer.
- Se aseguran de que tenga la información relacionada con sus derechos y protecciones y sobre cómo puede lograr resolver sus inquietudes.
- No está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. El número de teléfono del Programa de ómbudsperson es 1-800-282-1206. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750. El ómbudsperson 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](http://www.Medicare.gov/talk-to-someone)
- Escriba a Medicare a: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

#### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)). Si opta por desafiliarse de nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones sobre la calidad para que pueda comparar los planes.

Puede encontrar información sobre los planes de Medicare que están disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder) en el sitio web de Medicare. (Para consultar información sobre los planes, visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes” (Find plans)).

#### Medicare y usted 2026

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



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 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 obtenerlo del sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf)) o llamando 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. No está relacionada con nuestro plan.

<b>LLAME AL</b>	1-888-524-9900
<b>TTY</b>	1-888-985-8775. <i>Este número es para personas con dificultades de la audición o del habla. Usted debe tener un equipo telefónico especial para realizar la llamada.</i>
<b>ESCRIBA A</b>	10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.livantaqio.com/">http://www.livantaqio.com/</a>

Comuníquese con la QIO para obtener ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de atención médica
- presentar una reclamación sobre la atención que recibió si usted:
  - tiene un problema con la calidad de la atención, por ejemplo, obtuvo el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo,

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



- 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.

Usted está inscrito en Medicare y Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a 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 sábados, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del este (ET).

También puede contactarse con su Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (Department of Job and Family Services) 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](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf).

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

## H7. El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a manejar sus gastos personales por medicamentos cubiertos por nuestro plan al

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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**.



distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Con este programa no ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

La “Ayuda adicional” de Medicare y la ayuda del Programa de asistencia farmacéutica estatal (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](http://www.medicare.gov).

---

**Si tiene preguntas**, llame a CareSource MyCare Ohio al **1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., y del 1.º de octubre al 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: 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 irànlọwọ ọfẹ ní èdè rẹ pẹlú àwọn ògbifò àti àwọn ohun èlò mírán tí a kọ sílẹ̀. Gba àwọn irànlọwọ àti àtílẹ̀yìn ọfẹ 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 لارې 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 మెటీరియల్స్‌తో 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 jerbalin jibañ ko ilo an ejjelok wōnāer im jibañ ko ñe ewōr am nañinmejin 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

