



2023

¿Tiene preguntas sobre Medicare? Ya están respondidas.

Un recurso para ayudarle a explorar sus opciones de Medicare.

Presentado por:

care@care

Insurance Company, Inc.

Índice

Aspectos básicos de Medicare.....	2
¿Qué es Medicare Advantage?.....	6
Etapas de cobertura de medicamentos.....	8
Cómo elegir el plan adecuado para usted.....	10
¿Está listo para inscribirse?.....	13
¿Qué sucede después?.....	14
Herramientas de inscripción.....	15
Experimente Care N' Care.....	16

Aspectos básicos de Medicare

¿Es elegible para Medicare?

Usted es elegible para Original Medicare (Partes A y B) si cumple con los siguientes requisitos:

65

Tiene al menos 65 años de edad o tiene menos de 65 años y reúne los requisitos de discapacidad.

Y

Es ciudadano estadounidense o un residente legal que ha vivido en EE. UU. durante al menos cinco años consecutivos.

¿Cuándo debe inscribirse?



Mes del cumpleaños

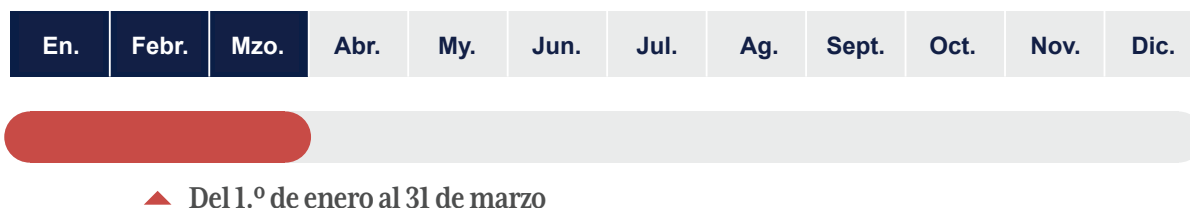
Período de inscripción inicial (IEP): cuando cumple 65 años o es elegible para Medicare. Este período comienza tres meses antes, incluye su mes de cumpleaños y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

En algunos casos, no es obligatorio que se inscriba durante el período de inscripción inicial. Si aún tiene empleo cuando cumple 65 años y aún cuenta con la cobertura de su empleador, no es obligatorio que se inscriba durante el período de inscripción inicial. No estará sujeto a una multa por inscripción tardía si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) consideran que su cobertura es acreditable. La cobertura de los medicamentos con receta (Parte D) debe ser acreditable o usted puede quedar sujeto a una multa por inscripción tardía de por vida una vez que se inscriba en un plan con beneficios de la Parte D.

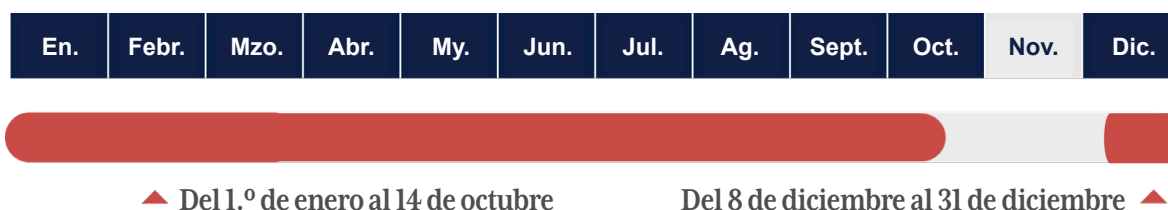
Período de inscripción anual (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre): esta es su oportunidad anual para agregar, dar de baja o cambiar su plan actual de Medicare.



Período de inscripción abierta (desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo): esta es su oportunidad para realizar un último cambio si no está conforme con su plan Medicare Advantage actual. La fecha de entrada en vigencia será el 1.º día del mes posterior a la fecha en que se realizó el último cambio. No está permitido pasarse del plan Original Medicare a Medicare Advantage.



Período de elección especial: en determinados momentos, los beneficiarios pueden inscribirse en un plan de Medicare fuera de los períodos de inscripción inicial, anual y abierta.



Algunos ejemplos de Períodos de elección especiales incluyen los siguientes:



Haber perdido la cobertura del empleador.



Haberse mudado fuera del área de servicio del plan.



Haber recibido asistencia del estado.



Haber perdido recientemente la cobertura acreditable para medicamentos con receta (una cobertura equivalente a la cobertura de Medicare).



Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS), ayuda adicional para medicamentos con receta.

Aspectos básicos de Medicare

A

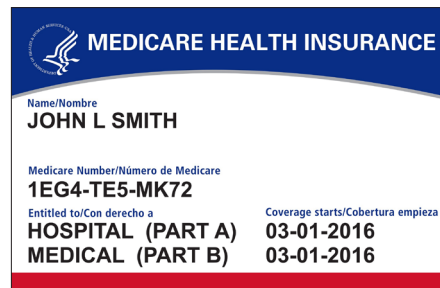
La Parte A de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención en un centro de enfermería especializada
- Atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos
- Sangre

B

La Parte B de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Consultas en el consultorio del médico
- Atención para pacientes externos
- Atención médica en el hogar
- Equipo médico duradero
- Algunos servicios preventivos
- Medicamentos recetados-bajo ciertas circunstancias



Opciones de cobertura adicional

C

La Parte C de Medicare es un plan Medicare Advantage. Cubre lo siguiente:

- La Parte A
- Parte B
- A veces, la Parte D de Medicare
- Beneficios adicionales no cubiertos por Medicare

D

La Parte D de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Medicamentos con receta

Original Medicare independiente

A

La Parte A de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Hospitalizaciones
- Atención para pacientes internados

- Copago y coseguro pagados por usted
- Sin cobertura de medicamentos, lo cual lo expone a multas
- Sin monto máximo que paga de su bolsillo
- El deducible de la Parte B, en 2022 es de \$233; aún no determinado para 2023

B

La Parte B de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Consultas en el consultorio del médico
- Atención para pacientes externos

¿Necesita más cobertura? Tiene opciones



Seguro complementario de Medicare

- Le ayuda a pagar algunos de los gastos que paga de su bolsillo provenientes de Original Medicare
- Usted paga una prima mensual
- Usted paga los copagos o coseguros de algunos servicios



Plan de la Parte D de Medicare

- Le ayuda a pagar los medicamentos con receta
- La mayoría de los planes tiene una prima adicional
- Está sujeto a deducibles en algunos planes

A

B

+ D

C

Plan Medicare Advantage

- Combina la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) en un solo plan
- Por lo general, incluye la cobertura para medicamentos con receta.
- Puede brindarle beneficios adicionales que no son proporcionados por Original Medicare, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de gimnasio, etc.



¿Qué es Medicare Advantage?

$$A + B + D = C$$


Los planes Medicare Advantage:

- Tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- NO son planes complementarios de Medicare. Los planes complementarios son productos de seguro adicionales que se pueden comprar para utilizar con Original Medicare.
- Aún son parte de Medicare.
- Pueden brindarle beneficios adicionales que no son proporcionados por Original Medicare, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de gimnasio, etc.
- Usan compañías de seguro privadas para que paguen y se asocien con usted en sus servicios de atención médica, no Medicare.



¿Es elegible para Medicare Advantage?

Usted es elegible para Medicare Advantage si cumple con lo siguiente:

1. Tiene derecho a la Parte A

2. Está inscrito en la Parte B (puede requerir una prima)

3. Es ciudadano estadounidense o un residente legal

4. Es un residente permanente en el área de servicio del plan

Qué esperar cuando se une a un plan Medicare Advantage

- Continuará pagando la prima de la Parte B.
- Su plan actual puede verse afectado si se une a un plan Medicare Advantage.
- Utilizará su tarjeta de identificación de miembro de CNC para la mayoría de los servicios.
- Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios necesarios por razones médicas que cubre Original Medicare.
- Los planes complementarios de Medicare (póliza Medigap) y de Medicare Advantage (Parte C) no son lo mismo.
- Utilizar los proveedores de la red le ayudará a mantener bajos costos, según el tipo de plan (HMO/PPO).
- Los planes Medicare Advantage ofrecen un monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios hospitalarios de la Parte A y los servicios médicos de la Parte B.
- Si se inscribe en la Parte D de forma tardía, es posible que tenga que pagar una multa.
- Un plan Medicare Advantage ofrece beneficios adicionales además de lo que Original Medicare cubre, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de gimnasio, etc.
- Si está recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona que sea empleada o tenga un contrato con un plan Medicare Advantage, esta persona puede recibir un pago por comisión en función de su inscripción en el plan.

Etapas de cobertura de medicamentos

Etapa 1 del deducible anual

Care N' Care no tiene deducibles en los medicamentos, por lo que esta etapa de pago **no** se aplica a los miembros de Care N' Care.

Etapa 2 de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total de un medicamento (coseguro) por cada receta que surta y, luego, el plan paga el resto.

Una vez que el costo total de su medicamento (monto pagado por usted y por el plan, u otros en su nombre) alcance los **\$4,660**, usted pasa a la Etapa del período sin cobertura.

Etapa 3 del período sin cobertura

Durante esta etapa, usted no paga más del **25 %** del costo total de los medicamentos genéricos y de marca.

Una vez que los costos que paga de su bolsillo (el monto que paga usted y otros programas u organizaciones) alcancen los **\$7,400**, usted pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Etapa 4 de cobertura en situaciones catastróficas

En esta etapa, usted no paga más que un pequeño monto del copago o coseguro por cada receta surtida.

El plan y Medicare pagan el resto hasta que finalice el año calendario.

Beneficio alternativo mejorado de la Parte D de Care N' Care

- El nivel 1 tendrá un período sin cobertura en todos los planes de medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD).
- Todos los planes incluyen un período parcial sin cobertura para inhaladores seleccionados de los niveles 2 y 3 para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Las insulinas del formulario están en el Programa de ahorro de insulina e incluyen un período sin cobertura, de \$35 por un suministro de 1 mes o de \$70 por un suministro de 3 meses.



Definiciones de cobertura de medicamentos

Autorización previa: El plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación del plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “PA”.

Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad del medicamento que se cubrirá. Por ejemplo, el plan provee 30 comprimidos por receta de Januvia, comprimidos de 100 mg. Esto puede ser un suministro adicional al suministro estándar para un mes o tres meses. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “QL”, seguido por la cantidad y el límite de suministro por día.

Solicitud de excepciones fuera del formulario:

Puede pedirle a su plan que cubra un medicamento, incluso si no está en el formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirle al plan que proporcione el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

Tratamiento escalonado: En algunos casos, su plan puede requerir que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubra otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el plan no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, es posible que el plan cubra un medicamento B. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “ST”.

Niveles de medicamentos:

Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos(este es el nivel de costo más bajo). Incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo más bajo.

Nivel 2: Medicamentos genéricos. incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca a un costo muy bajo.

Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos en el Nivel 4.

Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos. Incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 3.

Nivel 5: Medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto). Incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a su equipo de experiencia del cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Cómo elegir el plan adecuado para usted

Sus opciones comparadas

Beneficios y características	Medicare Advantage	Seguro complementario de Medicare (Medigap)	Original Medicare
Le brinda ayuda durante las hospitalizaciones			
Le ayuda a pagar las visitas al consultorio			
Servicios preventivos			
Monto máximo que paga de su bolsillo para ayudar a controlar los costos			Sin protección
Cobertura internacional cuando viaja, cobertura oftalmológica de rutina			Sin cobertura
Beneficios odontológicos		Sin cobertura	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina y cobertura de audífonos		Sin cobertura	Sin cobertura
Cobertura oftalmológica de rutina		Sin cobertura	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos con receta		Sin cobertura	Sin cobertura

¿Cómo funciona un plan HMO?

- Usted elige un médico de atención primaria de la red que ayudará a coordinar sus necesidades de atención médica.
- Usted cuenta con una red de médicos, especialistas y centros que tienen un contrato con el plan que le brindarán los servicios.
- Los acuerdos de la red contratada por el plan con los proveedores permiten al plan crear ahorros que se transfieren a usted.
- Se necesita una remisión para consultar a especialistas y recibir determinados servicios.
- Costos que paga de su bolsillo más bajos.
- Usted puede elegir otro médico de atención primaria de la red según sea necesario.

¿Cómo funciona un plan PPO?

- Usted cuenta con una red de médicos, especialistas y centros que tienen un contrato con el plan que le brindarán los servicios.
- Usted puede realizar consultas con proveedores fuera de la red. Recuerde: los proveedores que no tienen un contrato con el plan no están obligados a brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Los costos compartidos serán menores con proveedores de la red.
- Deberá pagar más si elige utilizar proveedores fuera de la red.
- En la mayoría de las situaciones, las remisiones no son necesarias, según el especialista, pero algunos servicios pueden requerir una autorización antes de recibir el servicio.
- Su médico de atención primaria continuará ayudándole a coordinar los servicios de atención médica.
- Es posible que el plan no imponga requisitos de autorización previa para los servicios fuera de la red, pero los miembros o proveedores pueden solicitar una determinación de cobertura anticipada.

Cómo elegir el plan adecuado para usted

Aspectos a tener en cuenta:



Red de proveedores

- Verifique que el médico de atención primaria acepte el plan.
- Verifique que los médicos especialistas acepten el plan.
- Verifique que los hospitales y los centros acepten el plan.



Beneficios de medicamentos con receta

- ¿Es importante tener un deducible bajo o no tener deducible de la Parte D?
- ¿Es importante tener acceso a farmacias en lugares convenientes, tanto locales como nacionales?
- ¿Es importante tener un programa de pedidos por correo a su disposición?
- ¿Es importante contar con cobertura para el período sin cobertura?
- ¿Es importante contar con copagos por medicamentos bajos?



Beneficios de servicios odontológicos, oftalmológicos y auditivos

- ¿Es importante contar con cobertura de exámenes de la vista y anteojos?
- ¿Es importante contar con una gran red de cobertura oftalmológica?
- ¿Es importante contar con cobertura de limpiezas dentales, exámenes y radiografías?
- ¿Es importante contar con cobertura de audífonos?

¿Está listo para inscribirse?

Es tan fácil como contar hasta tres

1

Revise su guía de inscripción con un agente de ventas autorizado para obtener más información sobre los beneficios del plan y decidirse por el plan de salud de Care N' Care que se adapte mejor a sus necesidades.

⋮

2

Complete el formulario de inscripción.

⋮

3

Su agente de ventas autorizado entregará su formulario de inscripción a Care N' Care para obtener la aprobación de Medicare.

A tan solo un clic o una llamada

Llame al número gratuito 1-877-905-9209 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, o bien visite nuestro sitio web para inscribirse.

cnchealthplan.com/enroll

¿Qué sucede después?

1

Recibo de inscripción

Después de enviar su formulario de inscripción completo, recibirá un recibo de inscripción. Si se inscribe con un agente de ventas autorizado, el agente completará el recibo que se encuentra en la guía de inscripción o, si se inscribe en línea, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir una copia de su solicitud completada para sus registros.

2

Carta de confirmación

Una vez que Medicare apruebe su inscripción, recibirá una carta de Care N' Care con la confirmación de su aprobación de Medicare para el plan.

3

Llamada de bienvenida

Un miembro del Equipo de experiencia del cliente lo llamará para darle la bienvenida a Care N' Care y para corroborar la información brindada en el formulario de inscripción, como su dirección y médico de atención primaria. También puede ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener.

4

Tarjeta de identificación (ID)

Los miembros recibirán dos tarjetas de identificación. Las tarjetas de identificación se enviarán por correo postal, por separado de cualquier otro material que Care N' Care le envíe. Utilice su tarjeta de identificación de miembro de Care N' Care cuando visite a su médico, farmacia, centro de atención u hospital.

5

Documentos para los miembros y cuestionario de salud

Los miembros recibirán un kit de documentos dentro de los 30 días de la inscripción. El kit de documentos para miembros proporciona toda la información requerida por Medicare, incluido cómo obtener una copia de su evidencia de cobertura, del formulario de medicamentos y del directorio de proveedores/farmacias.

6

Bienvenido a la familia de Care N' Care

Herramientas de inscripción

Guía de inscripción de Care N' Care

La guía de inscripción de Care N' Care le ofrece información importante que lo ayudará al momento de elegir el plan Medicare Advantage más adecuado para usted. La guía incluye los detalles del plan y sus beneficios, la información de contacto para comunicarse con los especialistas de Medicare de Care N' Care y los formularios de inscripción.

Las herramientas de inscripción que se encuentran dentro de la guía son las siguientes:

Resumen de beneficios

Un resumen detallado del plan que brinda información importante sobre el plan. También incluye una lista de verificación previa a la inscripción.

Información adicional del plan

Información más detallada sobre los programas y servicios adicionales del plan que se ofrecen, además de lo que ofrece Original Medicare.

Calificaciones del plan de Medicare

El programa de calificación por estrellas de Medicare califica todos los planes de salud y de medicamentos con receta cada año, conforme a la calidad y al rendimiento del plan.

Notificación de no discriminación y servicios de interpretación

Le brinda información sobre cómo presentar una queja formal si considera que ha sido discriminado por el plan de alguna forma y contiene instrucciones sobre cómo acceder a los servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas que pueda tener sobre el plan.

Guía del Formulario de solicitud de inscripción

Ofrece todo lo necesario para inscribirse, incluidas la solicitud y las instrucciones para completarla.

A tan solo un clic o una llamada

Llame al número gratuito 1-877-905-9209 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, o bien visite nuestro sitio web para inscribirse.
cnchealthplan.com/enroll

Experimente Care N' Care

Care N' Care (HMO/PPO) es un plan de salud local de Medicare Advantage que es propiedad de Southwestern Health Resources (SWHR) y que le brinda alternativas asequibles para mejorar y simplificar la cobertura de Medicare a los beneficiarios del norte de Texas.

Por medio de los planes de salud HMO y PPO de Medicare Advantage, Care N' Care le ofrece todos los beneficios incluidos en Original Medicare, además de beneficios y servicios adicionales, entre los que se incluye un Equipo de experiencia del cliente local para ayudarlo a explorar su experiencia de atención médica como miembro. Se ofrece en los siguientes condados: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.

El plan Southwestern Health Select se ofrece en los condados de Collin, Cooke, Dallas, Denton, Rockwall y Tarrant.

Parte de

Southwestern Health Resources



¿Qué es Southwestern Health Resources?

Es líder nacional en atención médica basada en la población.

Como red integrada centrada en el paciente de médicos académicos y de la comunidad, investigadores, hospitales y centros ambulatorios, SWHR se asocia con los médicos para promover de manera firme un nuevo modelo de atención médica basado en el valor, de alta calidad y basado en datos para todos en las comunidades en las que brindan servicios.

Mediante la combinación de los puntos fuertes de UT Southwestern Medical Center, Texas Health Resources y más de 2,500 médicos de la comunidad, SWHR ofrece la mayor red de proveedores del norte de Texas.

¿Qué significa esto para los miembros de Care N' Care?



Apoyo local asociado con una de las redes de proveedores más grandes del norte de Texas y uno de los mayores sistemas de salud sin fines de lucro de los Estados Unidos.



Acceso a una sólida red de médicos y centros, entre los cuales se encuentran UT Southwestern Medical Center y Texas Health Resources.



Atención específica y de calidad brindada por la directiva médica local.



Servicio local

Como miembro de Care N' Care, usted es más que solo un miembro: usted es parte de nuestra familia. Y, al igual que para usted, el norte de Texas es nuestro hogar, y no solo otra ubicación para una sucursal. Contamos con un Equipo de experiencia del cliente que se dedica a brindarle la mejor experiencia como miembro y a ayudarlo con sus necesidades de atención médica.

En Care N' Care, el Equipo de experiencia del cliente le puede ayudar con lo siguiente:



Encontrar un médico y programar citas



Responder preguntas sobre el plan y sus beneficios



Atender las necesidades de atención médica especial



Asistirle con la cobertura de medicamentos con receta



Ayudarle con preguntas de reclamos y resoluciones de facturación



Actividades para personas mayores en la comunidad local

[illegible]

Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los beneficiarios pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud, o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted solo paga un pequeño monto del copago o coseguro por cada receta surtida. El plan y Medicare pagan lo que reste hasta que finaliza el año calendario.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Deducible: el monto que debe pagar usted por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO): es un tipo de plan de seguro de salud que, por lo general, limita la cobertura a la atención de médicos que trabajan para la HMO o que tienen contrato con esta. En general, no cubrirá la atención fuera de la red, excepto en un caso de emergencia. Una HMO puede exigir que usted viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para tener cobertura. A menudo, las HMO ofrecen atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato.

Etapas de cobertura inicial: durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total del medicamento (coseguro) por cada receta que surta.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal

terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan Privado de Pago Por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a Original Medicare o realizar cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios que Medicare no cubre y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Original Medicare (“Original Medicare” o Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO):

un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores dentro o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido por el miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en el total de los costos que paga de su bolsillo combinados para los servicios de proveedores tanto de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Médico de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: un requisito del plan de medicamentos que exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de su plan antes de obtener medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo "PA".

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que el plan cubre por receta o durante un período definido.

Período de elección especial: un tiempo determinado para que los beneficiarios puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos con receta o si se muda a un hogar de ancianos.

Tratamiento escalonado: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que el plan cubra el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red o que no están contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Care N' Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio de atención al cliente o consulte la evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Cada año, Medicare evalúa los planes conforme a un sistema de calificación de cinco estrellas.

Care N' Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Plan de salud Care N' Care (HMO/PPO)

Información de contacto

Dirección web

cnchealthplan.com

Especialista de Medicare

Si tiene preguntas relacionadas con los planes Medicare Advantage de Care N' Care, llame al 1-877-905-9209 (TTY 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central.

Información de Medicare

Para obtener más información sobre Medicare, llame a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visitar <https://www.medicare.gov>.