

# Care N' Care Choice Plus (PPO)

Ofrecido por Care N' Care Insurance Company, Inc.

## Notificación Anual de Cambios para 2020

Usted continuará siendo miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto le informa los cambios.*

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios a su cobertura de Medicare para el año próximo.**
- 

### Qué hacer ahora

#### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
  - Es importante hacer una revisión de su cobertura ahora para asegurarse de que cumpla con sus necesidades para el próximo año.
  - ¿Estos cambios influyen en los servicios que usted utiliza?
  - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para ver si lo afectan.
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura?
  - ¿Sus medicamentos están en un nivel distinto, con un costo compartido diferente?
  - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, que necesiten nuestra aprobación antes de que pueda surtir su receta?
  - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios con respecto al costo de utilizar esta farmacia?
  - Revise la Lista de Medicamentos 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
    - Es probable que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto puede ayudarle a ahorrar en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre precios de medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos tableros destacan cuáles son los fabricantes que han aumentado sus precios y también muestran otra información sobre cómo han variado los precios de medicamentos año tras año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto varían los costos de sus medicamentos.

Aprobación de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) 0938-1051 (Vence: 31 de diciembre de 2021)

Y0107\_H6328\_20\_003SP\_M

- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
  - ¿Los médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente, están en nuestra red?
  - ¿Y los hospitales o demás proveedores que usted utiliza?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense sobre sus costos generales de atención médica.
  - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta médica que usa regularmente?
  - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

## 2. COMPARE: Infórmese sobre otras opciones de planes

- Compruebe la cobertura y costos de los planes en su zona.
  - Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
  - Revise la lista en la contraportada de su manual Medicare y Usted.
  - Consulte la Sección 4.2 para conocer más sobre sus opciones.
- Una vez que delimite sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **conservar** la cobertura de Care N’ Care Choice Plus (PPO), no necesita hacer nada. Continuará en Care N’ Care Choice Plus (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

## 4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**

- Si no se inscribe en un plan diferente antes del **7 de diciembre de 2019**, permanecerá en Care N’ Care Choice Plus (PPO).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2020**.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Si quiere obtener información adicional, comuníquese con su conserje de atención médica al 1-877-374-7993. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios de atención son los siguientes: del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central), los siete días de la semana, o bien del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central).

- Esta información se encuentra disponible en diferentes formatos, como letra de imprenta de mayor tamaño o en español. Llame al conserje de atención médica al número que figura más arriba si necesita la información del plan en otro idioma o formato.
- **La cobertura que ofrece este plan reúne los requisitos de cobertura habilitante de salud (Qualifying Health Coverage, QHC)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

### **Acerca de Care N' Care Choice Plus (PPO)**

- Care N' Care Insurance es un plan HMO y PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.
- A lo largo de este folleto, los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro/a” se refieren a Care N' Care Insurance Company. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Care N' Care Choice Plus (PPO).

**Resumen de los costos importantes para 2020**

La tabla que aparece a continuación contiene los costos de 2019 comparados con los costos de 2020 de Care N' Care Choice Plus (PPO) en varias áreas de importancia. **Tenga en cuenta que este es únicamente un resumen de los cambios.** Es importante leer el resto de esta Notificación anual de cambios y revisar la *Evidencia de cobertura* para conocer si otros cambios en los beneficios o los costos lo afectan. La *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web: <https://www.cnchealthplan.com>. También puede comunicarse con su conserje de atención médica para solicitar que le enviemos por correo postal una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$55	\$55

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>De los proveedores de la red: \$3,400</p> <p>De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100</p>	<p>De los proveedores de la red: \$3,400</p> <p>De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><b>Dentro de la red:</b>            Visitas de atención primaria: \$10 de copago por visita            Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            Visitas de atención primaria: \$40 de copago por visita            Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>            Visitas de atención primaria: \$10 de copago por visita            Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            Visitas de atención primaria: \$40 de copago por visita            Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita</p>
<p><b>Estadías en el hospital como paciente internado</b>            Incluye servicios hospitalarios intensivos, de rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internados. La atención de pacientes internados comienza el día en que es hospitalizado formalmente por prescripción médica. El día anterior al alta es su último día como paciente internado.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>            Días 1 a 6, \$250 de copago por día            Días 7 y siguientes, \$0 de copago por día</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            25% de coseguro</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>            Días 1 a 6, \$250 de copago por día            Días 7 y siguientes, \$0 de copago por día</p> <p><b>Fuera de la red:</b>            25% de coseguro</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago por un suministro de 30 días durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$2 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$45 de copago</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$90 de copago</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro</li> </ul>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago por un suministro de 30 días durante la Etapa de cobertura inicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel 1 de medicamentos: \$2 de copago</li> <li>• Nivel 2 de medicamentos: \$12 de copago</li> <li>• Nivel 3 de medicamentos: \$45 de copago</li> <li>• Nivel 4 de medicamentos: \$90 de copago</li> <li>• Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro</li> </ul>

## **Notificación anual de cambios para 2020**

### **Índice**

<b>Resumen de los costos importantes para 2020 .....</b>	<b>1</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>6</b>
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual .....	6
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo .....	6
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	7
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	8
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos .....	8
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D ..	10
<b>SECCIÓN 2 Decidir qué plan escoger .....</b>	<b>14</b>
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice Plus (PPO).....	14
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan .....	14
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>16</b>
<b>SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan .....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas? .....</b>	<b>18</b>
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice Plus (PPO).....	19
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	19



## SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$55	\$55

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no contar con otra cobertura de medicamentos que sea al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos de Medicare (a la que también se hace referencia como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene un ingreso mayor, debe pagar una cantidad adicional por cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “ayuda adicional” con los costos de los medicamentos con receta médica.

### Sección 1.2 – Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar cuánto paga de su "bolsillo" a lo largo del año. Estos límites se denominan "cantidades máximas de gastos de bolsillo". Una vez que haya alcanzado esta cantidad, usted generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo en la red</b></p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo realizados dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta médica no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$3,400</p> <p>Una vez que haya pagado \$3,400 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p><b>Cantidad máxima de gastos de bolsillo combinada</b></p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de los proveedores de la red y fuera de la red cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. La prima de su plan no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.</p>	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

### Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Tenemos disponible un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar a su conserje de atención médica para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores. **Consulte el Directorio de proveedores de 2020 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que hemos hecho cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las cuales su proveedor podría dejar su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar a lo largo del año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Realizaremos un esfuerzo con buena intención para notificarle al menos 30 días antes que su proveedor se retire de nuestro plan, para que tenga tiempo de elegir otro.
- Le brindaremos asistencia en la selección de un nuevo proveedor calificado para continuar satisfaciendo sus necesidades de atención médica.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, usted tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y nosotros trabajaremos con usted para garantizar esto.
- Si considera que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista está dejando su plan, comuníquese con nosotros para que podamos a ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y administrar su atención.

---

## Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

---

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas médicas están cubiertas *únicamente* si se despachan en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Tenemos disponible un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar a su conserje de atención médica para obtener información actualizada de los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. **Consulte el Directorio de farmacias 2020 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

---

## SECCIÓN 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

---

Para el próximo año, introduciremos cambios en la cobertura de ciertos servicios médicos. La información presentada a continuación describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos por estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Examen físico anual de rutina</b></p> <p>El examen físico anual de rutina incluye una exploración física completa y la evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, exámenes radiológicos o no radiológicos de diagnóstico, ni otras pruebas de diagnóstico. Pueden aplicarse costos adicionales para cualquier tipo de análisis de laboratorio o prueba diagnóstica realizados durante su visita, tal como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios. No es necesario que los exámenes físicos anuales de rutina se programen cada 12 meses, pero solo puede realizarse uno por año.</p>	Sin cobertura	<p><b>Dentro de la red:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$30 de copago</p>
<p><b>Servicios del programa de tratamiento con opioides</b></p> <p>Los servicios para el tratamiento del trastorno por el uso de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los medicamentos para tratamiento con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la FDA, así como la dispensación y administración de tales medicamentos, si corresponde</li> <li>• Asesoría en el uso de esas sustancias</li> <li>• Terapia individual y grupal</li> <li>• Análisis toxicológicos</li> </ul>	Sin cobertura	<p><b>Dentro de la red:</b> \$25 de copago</p> <p><b>Fuera de la red:</b> \$50 de copago</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Los productos de venta libre (Over-the-counter, OTC) (complementarios) *</b></p> <p>Su cobertura incluye productos de salud y bienestar de venta libre sin receta como vitaminas, pantalla solar, analgésicos, vendas y medicamentos para la tos y el resfrío.</p> <p>Tiene 2 opciones para pedirlos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>En línea</b> – visite <a href="https://livewell.medline.com/CNC">https://livewell.medline.com/CNC</a></li> <li>- <b>Por teléfono</b> - llamando a un representante a la línea gratuita de atención al cliente para productos OTC al 833-492-9866 (los clientes de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m., hora central.</li> </ul> <p>Se le enviará su orden a la dirección que usted indique al momento de hacer el pedido sin costo adicional alguno.</p> <p>Consulte el Catálogo de productos OTC 2020 para obtener la lista completa de los productos OTC aprobados por el plan o llame a un representante de atención al cliente para productos OTC para solicitarle más información.</p>	Sin cobertura	<p>Usted paga \$0.</p> <p>Usted cuenta con \$30 por trimestre (3 meses) para gastos en productos OTC aprobados por el plan.</p> <p>Los períodos trimestrales de beneficios OTC son los siguientes: enero-marzo, abril-junio, julio-septiembre y octubre-diciembre.</p> <p>Si no hace uso de la totalidad del monto de sus beneficios OTC de un trimestre, el saldo restante NO será acumulable en el siguiente período de beneficios OTC.</p> <p>Cualquier monto restante del beneficio OTC vencerá el 31 de diciembre del año del beneficio.</p> <p>Nota: Si utiliza la totalidad del monto trimestral del beneficio OTC, podrá ordenar productos del catálogo y pagarlos de su propio bolsillo.</p>

## Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o "Lista de medicamentos". Le brindamos de manera electrónica una copia de nuestra lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le ofrecemos de manera electrónica incluye muchos *–aunque no todos–* los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si usted no encuentra su medicamento en esta lista, podría estar igualmente cubierto. **Puede obtener una Lista de**

**medicamentos completa** llamando a su conserje de atención médica (ver la contraportada) o visitando nuestro sitio web (<http://www.cnchealthplan.com/search>).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y ver si habrá alguna restricción.**

Si a usted lo afecta un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Conversar con su médico (u otro profesional que emita las recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. **Invitamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
  - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura*, (*¿Qué debe hacer si tiene un problema o reclamo? [decisiones de cobertura, apelaciones y reclamos]*) o llame a su conserje de atención médica.
- **Converse con su médico (u otro profesional que emita las recetas) para encontrar un medicamento distinto** que sí cubramos. Puede comunicarse con su conserje de atención médica para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En algunas situaciones, se nos pide que cubramos un suministro temporal de un medicamento que no está incluido en el formulario durante los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de afiliación para evitar una interrupción del tratamiento. Para 2020, los miembros que se encuentren en instituciones de atención a largo plazo (long term care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal de igual cantidad de días que el suministro temporal que se otorga en todos los demás casos. 31 días de suministro de medicamentos en lugar de la cantidad suministrada en 2019 (suministro de medicamentos para 91 a 98 días dependiendo del incremento en el despacho). (Para saber más acerca de cómo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debería conversar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine. Puede cambiarlo por otro medicamento cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción y le cubra el medicamento actual.

A los miembros que tienen una excepción al formulario aprobada durante el año 2019, el plan les puede extender esa excepción al formulario durante el año 2020. Si se le extiende la excepción al formulario, recibirá un aviso previo con los términos de dicha extensión. Si no se le extiende la excepción al formulario, deberá solicitarla nuevamente para el año 2020.

La mayoría de los cambios a la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las normas de Medicare.

A partir del 2020, existe la posibilidad de que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o inferior, y con las mismas restricciones o menos. Asimismo, cuando se agrega un nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero decidamos de inmediato trasladarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si usted está tomando un medicamento de marca que se va

a reemplazar o mover a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá aviso del cambio 30 días antes de que lo realicemos ni podrá obtener un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que hicimos, pero es posible que llegue después de que el cambio se realice.

Cuando realizamos estos cambios a la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede atenderse con su médico (u otro profesional que emita la receta médica) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También vamos a seguir actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo previsto y brindaremos nueva información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer a la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

### Cambios en los costos de los medicamentos con receta médica

*Nota:* Si usted está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **es posible que la información relativa a los costos de medicamentos con receta médica de la Parte D no corresponda en su caso.** Le hemos enviado un encarte separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también denominada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que presenta más información sobre sus costos de medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este encarte para el día 30 de septiembre de 2019, llame a su conserje de atención médica y solicite la “Cláusula adicional LIS”. Los números de teléfono del conserje de atención médica se encuentran en la Sección 6.1 de este folleto.

Hay cuatro "etapas en el pago de medicamentos". La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de en qué etapa del pago del medicamento se encuentre. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que aparece a continuación presenta los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: la etapa del deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura por eventos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web <https://www.cnchealthplan.com>. También puede comunicarse con su conserje de atención médica para solicitar que le enviemos por correo postal una copia de la *Evidencia de cobertura*).

### Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	Debido a que no aplicamos un deducible, esta etapa de pago no le corresponde.	Debido a que no aplicamos un deducible, esta etapa de pago no le corresponde.

## Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para saber más sobre cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos de esta línea corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de suministro a largo plazo; en una farmacia de la red que ofrezca costos compartidos preferenciales, o de surtido de recetas por correo postal, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos en nuestra Lista de medicamentos. Para ver si el medicamento que usted usa estará en un nivel diferente, búsquelo en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con costos compartidos normales:</p> <p><b>Genéricos preferidos:</b> Usted paga \$2 de copago</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$12 de copago</p> <p><b>De marca preferida:</b> Usted paga \$45 de copago</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$90 de copago</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% de coseguro</p>	<p>Su costo para el suministro de un mes que se haya despachado en una farmacia de la red con costos compartidos normales:</p> <p><b>Genéricos preferidos:</b> Usted paga \$2 de copago</p> <p><b>Genéricos:</b> Usted paga \$12 de copago</p> <p><b>De marca preferida:</b> Usted paga \$45 de copago</p> <p><b>Medicamentos no preferidos:</b> Usted paga \$90 de copago</p> <p><b>Nivel de especialidad:</b> Usted paga 33% de coseguro</p>
	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>	<p>Una vez que el costo total de sus medicamentos haya alcanzado los \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa sin cobertura).</p>



## Cambios en las Etapas sin cobertura y de cobertura por eventos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa sin cobertura y la Etapa de cobertura por eventos catastróficos, son para personas con costos altos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan la Etapa sin cobertura o la Etapa de cobertura por eventos catastróficos.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Decidir qué plan escoger

### Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice Plus (PPO)

**Para quedarse en nuestro plan no es necesario que haga nada.** Si no opta por suscribirse en un plan distinto o cambiar a Original Medicare antes del 7 de diciembre, quedará inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para 2020.

### Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos contarle como miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2020, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- -- O-- puede optar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2020*, comuníquese con su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (consulte la Sección 6.2)

También puede encontrar información sobre los planes de su área usando el buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Recuerde, Care N' Care Insurance Company ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de costos compartidos.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud diferente de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Se lo dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice Plus (PPO).
- Para cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se lo dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice Plus (PPO).

- Para **cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe hacer una de las siguientes cosas:
  - Envíenos por escrito una solicitud de cancelación de inscripción. Póngase en contacto con su conserje de atención médica si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este folleto).
  - – *O* – póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

**SECCIÓN 3 Cambios administrativos**

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Capítulo 5, Sección 2.3</b>  <b>Uso de los servicios de pedidos de surtido automático de recetas por correo que ofrece el plan</b></p>	<p>No están incluidos</p>	<p>Si usted recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no desea y no fue contactado para ver si lo quería antes de ser enviado, es posible que tenga derecho a un reembolso.</p> <p>Si usted utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia despache y envíe automáticamente cada nueva receta, comuníquese directamente con nuestra farmacia de pedidos por correo. Para recibir ayuda adicional, contacte a su conserje de atención médica al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana; del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m. de lunes a viernes hora central.</p> <p>Si usted nunca ha usado nuestra entrega de pedidos por correo o decide dejar de surtir automáticamente nuevas recetas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que obtenga una nueva receta de un profesional de la salud para ver si desea que el medicamento se surta y se envíe de inmediato. Esto le dará la posibilidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la concentración, la cantidad y la forma farmacéutica) y, de ser necesario, demorar o cancelar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que lo contacten de la farmacia, para informarles qué hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.</p> <p>Para cancelar las entregas automáticas de los nuevos medicamentos con receta médica enviados directamente por el consultorio de su profesional de la salud, comuníquese directamente con nuestra farmacia de pedidos por correo y pida que lo retiren del servicio de surtido y envío automático de cada nueva receta, o comuníquese con su conserje de atención médica al 1-877-374-7993 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora central), los 7 días de la semana; y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (hora central).</p>

## SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el año próximo, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia a partir del 1 de enero de 2020.

### ¿Es posible hacer un cambio en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, está permitido hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, con Medicaid, los que obtienen “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, los que han dejado o están por dejar de recibir la cobertura del empleador y los que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Nota: Si usted participa de un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 y no le gusta su elección de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) es un programa del gobierno con consejeros capacitados en cada estado. En Texas, al SHIP se lo llama Programa de asesoría y promoción de información sobre salud (HICAP, por sus siglas en inglés).

El Programa de asesoría y promoción de información sobre salud (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Se trata de un programa estatal que recibe dinero de parte del gobierno federal para brindar asesoramiento sobre seguros de salud locales de manera **gratuita** a personas con Medicare. Los consejeros del Programa de asesoría y promoción de información sobre salud (HICAP) pueden ayudarlo con sus consultas o problemas referidos a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas referidas a cambiar de plan. Puede llamar al Programa de asesoría y promoción de información sobre salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede conocer más sobre el Programa de asesoría y promoción de información sobre salud (HICAP) en su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/>).

## SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica

Usted puede reunir los requisitos para recibir ayuda para medicamentos con receta médica. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir "ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos con receta médica. Si usted cumple con los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, lo que incluye las primas mensuales del plan de medicamentos con receta médica, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes reúnen los requisitos no tendrán la multa por brecha de cobertura ni inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y no lo saben. Para saber si usted reúne los requisitos, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
  - Para comunicarse con la Oficina del Seguro Social debe llamar al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su oficina de Medicaid estatal (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** El estado de Texas cuenta con un programa denominado Programa de Atención a la Salud Renal de Texas (Kidney Health Care, KHC) y el Programa de Asistencia Farmacéutica de VIH de Texas que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta médica según sus necesidades económicas, edad, o problema de salud. Para obtener más información sobre el programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta médica para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas con VIH/SIDA elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para tratar el VIH que pueden salvarles la vida. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, los cuales incluyen una prueba de residencia en el Estado y de la condición respecto al VIH, bajos ingresos según la definición del Estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta médica de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP reúnen los requisitos para asistencia de costos compartidos de medicamentos con receta médica a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

### Sección 7.1 – cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice Plus (PPO)

¿Tiene preguntas? No dude en contactarnos si necesita ayuda. Comuníquese con su conserje de atención médica al 1-877-374-7993. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestros horarios de atención telefónica son: del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central), los siete días de la semana, o bien del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora central).

#### Lea su *Evidencia de cobertura de 2020* (tiene detalles sobre los beneficios y los costos del próximo año)

La presente *Notificación anual de cambios* le presenta un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Si desea obtener detalles, busque en la *Evidencia de cobertura 2020* de Care N' Care Choice Plus (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para acceder a servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. En nuestro sitio web, se incluye una copia de la *Evidencia de cobertura*, en <https://www.cnhealthplan.com/search>. También puede comunicarse con su conserje de atención médica para solicitar que le enviemos por correo postal una copia de la *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web <https://www.cnhealthplan.com>. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

### Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

#### Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

#### Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área usando el buscador de planes de Medicare del sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”).

**Lea *Medicare y Usted 2020***

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Todos los años en otoño, se envía este folleto por correo a las personas con Medicare. Es un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas formuladas con mayor frecuencia sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

