

Care N' Care Choice Premium (PPO)

Ofrecido por Care N' Care Insurance Company, Inc.

Notificación Anual de Cambios para 2020

Usted continuará siendo miembro de Care N' Care Choice Premium (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.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿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.

- 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 Premium (PPO), no necesita hacer nada. Continuará en Care N’ Care Choice Premium (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, inscríbese 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 Premium (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 Premium (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 Premium (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 Premium (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)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$119	\$200
Cantidad máxima de gastos de bolsillo 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).	De los proveedores de la red: \$3,100 De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De los proveedores de la red: \$3,100 De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100
Visitas al consultorio del médico	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$5 de copago por visita Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$35 de copago por visita Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$35 de copago por visita Visitas a especialistas: \$40 de copago por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Estadías en el hospital como paciente internado</p> <p>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>Dentro de la red:</p> <p>Días 1 a 6, \$225 de copago por día, día 7 y siguientes, \$0 de copago por día</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>30% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>\$0 de copago para estadías en el hospital como paciente internado</p> <p>Fuera de la red:</p> <p>30% de coseguro</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago por un suministro de 30 días durante la Etapa de cobertura inicial: • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$10 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$85 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro 	<p>Deducible: \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago por un suministro de 30 días durante la Etapa de cobertura inicial. • Nivel 1 de medicamentos: \$0 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$10 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$40 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$85 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro

Notificación anual de cambios para 2020

Índice

Resumen de los costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	4
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo	4
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	6
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D ..	24
SECCIÓN 2 Decidir qué plan escoger	28
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice Premium (PPO).....	28
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	28
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	30
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan	31
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	31
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica.....	32
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	33
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice Premium (PPO)	33
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	33

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)
Prima mensual (También debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$119	\$200

- 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)
Cantidad máxima de gastos de bolsillo en la red 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.	\$3,100 Una vez que haya pagado \$3,100 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 de la red durante el resto del año calendario.	\$3,100 Una vez que haya pagado \$3,100 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 de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de gastos de bolsillo combinada</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 retira 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>Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios en avión, helicóptero y servicios de ambulancia terrestres al centro apropiado más cercano que pueda ofrecer atención si está equipado adecuadamente para las necesidades de un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en riesgo la salud de la persona o si lo autoriza el plan.</p> <p>El transporte en ambulancia cuando no es una emergencia es apropiado si está documentado que la situación del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es médicamente necesario.</p>	<p>Dentro y fuera de la red</p> <p>\$225 de copago para beneficios de ida en ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% del costo de transporte aéreo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago para beneficios de ida en ambulancia cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 0% del costo de transporte aéreo.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Examen físico anual de rutina</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>Dentro de la red: \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red: \$30 de copago</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que reúnen ciertos requisitos con la derivación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare o servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios de quiropraxia</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Cubrimos solo manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (corrección de columna vertebral).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios dentales En general, Original Medicare no cubre servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales).</p> <p>Cubrimos: exploraciones bucodentales (Ya sea dos (2) D0120 o una (1) D0120 & D0150 por año)</p> <p>Cubrimos limpiezas: Profilaxis - 1 cada 6 meses (código ADA: D1110)</p> <p>Cubrimos ajustes de prótesis dentales (hasta dos (2) por año) Cubrimos radiografías dentales (elegir una (1) por año): Intraoral, serie completa (incluye radiografía con aleta mordida) - 1 cada 36 meses (código ADA: D0210)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga \$10 de copago por exploraciones bucodentales</p> <p>Usted paga \$10 de copago por limpiezas</p> <p>Usted paga \$10 de copago por ajuste de prótesis dentales</p> <p>Usted paga \$10 de copago por radiografías dentales</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted paga \$0 de copago por exploraciones bucodentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por limpiezas</p> <p>Usted paga \$0 de copago por ajuste de prótesis dentales</p> <p>Usted paga \$0 de copago por radiografías dentales</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$5 de copago por visita Visitas a especialistas: \$20 de copago por visita</p>	<p>Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$0 de copago por visita Visitas a especialistas: \$0 de copago por visita</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para leer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas eléctricos de colchón, suministros para la diabetes (bombas de insulina e insumos relacionados, insulina para uso en bombas de insulina y dispositivos de control continuo de glucosa e insumos relacionados), cama hospitalaria recetada por un proveedor para uso domiciliario, bomba de infusión intravenosa, dispositivos para generación de voz, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios por razones médicas que cubre Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web: https://www.cnhealthplan.com.</p>	<p>Dentro de la red 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red 0% de coseguro</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios que son: brindados por un proveedor calificado para proveer servicios de emergencia, y necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.</p> <p>Se considera que se está ante una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de temas de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p>	<p>Dentro de la red \$100 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>
<p>Servicios para personas con problemas de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio que realiza su médico de atención primaria (PCP) para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un proveedor de servicios auditivos u otro proveedor calificado.</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago para las pruebas de diagnóstico de audición cubiertas por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para las pruebas de diagnóstico de audición cubiertas por Medicare</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Agencia de atención médica en el hogar Antes de recibir servicios de atención médica en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de atención médica en el hogar y ordenará que una agencia de atención médica en el hogar los provea. Usted debe estar confinado en el hogar, lo que significa que salir de la casa implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistente de enfermería especializada y atención médica en el hogar a tiempo parcial o intermitente (para ser cubiertos en virtud del beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de asistente de enfermería especializada y atención médica en el hogar combinados deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales • Equipos y artículos médicos. 	<p>Dentro de la red \$15 de copago</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago</p>
<p>Estadías en el hospital como paciente internado 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>Dentro de la red Días 1 a 6, \$225 de copago por día Día 7 y días siguientes: \$0 de copago por día</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por día para estadías en el hospital como paciente internado</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención de salud mental para pacientes internados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren una estadía en hospital. Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida de atención de salud mental para pacientes internados en hospitales psiquiátricos. El límite para atención de pacientes internados no aplica a los servicios de salud mental como paciente internado proporcionados en un hospital general.</p>	<p>Dentro de la red Visita como paciente internado \$1,500 de copago por estadía</p>	<p>Dentro de la red Visita como paciente internado \$0 de copago por estadía</p>

Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta	Dentro de la red	Dentro de la red
<p>Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no se considera razonable y necesaria, no cubriremos dicha hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o la instalación de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico 		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> - Médico de atención primaria - Médico especialista 	<p>\$5 de copago \$20 de copago</p>	<p>\$0 de copago \$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio) 		
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> - en un laboratorio - en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios 	<p>\$0 de copago \$5 de copago</p>	<p>\$0 de copago \$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías, radio y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios del técnico 	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Vendajes quirúrgicos. 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos protésicos y ortopédicos (diferentes a los dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano corporal interno que no funciona o funciona mal de forma permanente, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Soportes para las piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$15 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <p>Medicamentos que el paciente usualmente no puede administrarse a sí mismo y que se le inyectan cuando recibe atención de un médico, servicios hospitalarios ambulatorios o de centros quirúrgicos ambulatorios.</p> <p>Medicamentos que usted toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan.</p> <p>Factores de coagulación de la sangre que se administra usted mismo mediante inyección si usted tiene hemofilia.</p> <p>Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos.</p> <p>Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si usted está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</p> <p>Antígenos.</p> <p>Ciertos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.</p> <p>Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina cuando sea necesario por razones médicas, anestesia tópica y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, o darbepoetina alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos para quimioterapia: 20% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Para medicamentos de la Parte B tales como medicamentos para quimioterapia: 0% del costo</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención de salud mental Está incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin esta, se necesitaría tratamiento como paciente internado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalización parcial - Visita de terapia de grupo ambulatorio - Visita de terapia individual 	<p>Dentro de la red</p> <p>\$55 de copago \$40 de copago \$40 de copago</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides 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"> • 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 • Asesoría en el uso de esas sustancias • Terapia individual y grupal <p>Análisis toxicológicos</p>	<p>Sin cobertura</p>	<p>Dentro de la red: \$0 de copago</p> <p>Fuera de la red: \$40 de copago</p>

Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios	Dentro de la red	Dentro de la red
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Radiografías - incluidas con una visita al médico - en un centro de atención a pacientes ambulatorios 	<p>\$0 de copago \$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago \$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia (radio y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros del técnico 		
<ul style="list-style-type: none"> - Ecocardiografía con un monto aprobado de \$1 a \$300 	<p>\$50 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ecocardiografía con un monto aprobado de más de \$300 	<p>\$150 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Ecografía 	<p>\$50 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Tomografía computada, resonancia magnética, angiografía por resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, prueba de esfuerzo nuclear, ecocardiografía de esfuerzo, tomografía por emisión de fotón único y otros servicios 	<p>\$150 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de tratamiento radiológico (como tratamiento de radiación contra el cáncer) 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, tales como vendajes 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones 	<p>20% del costo</p>	<p>0% del costo</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de laboratorio 		
<ul style="list-style-type: none"> - en un laboratorio 	<p>\$0 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> - en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios 	<p>\$5 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que 	<p>\$0 de copago por sangre luego de las 3 primeras pintas</p>	<p>\$0 de copago por sangre luego de las 3 primeras pintas</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>recibe en un año calendario o que usted u otra persona done sangre. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. - en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios - en un laboratorio • Prueba de esfuerzo en cinta sin fin, pruebas funcionales respiratorias o estudios del sueño 	<p>\$5 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$100 de copago</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes en consulta externa se proveen en diversos entornos de consulta externa, tales como departamentos de consulta externa de un hospital, consultorios de un terapeuta independiente y centros integrales de rehabilitación para pacientes en consulta externa (CORF).</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago por sesión de terapia ocupacional</p> <p>\$15 de copago por sesión de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por sesión de terapia ocupacional</p> <p>\$0 de copago por sesión de fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes en consulta externa de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$125 de copago por servicios hospitalarios cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios</p> <p>\$125 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por servicios hospitalarios cubiertos por Medicare para pacientes ambulatorios</p> <p>\$0 de copago por servicios de observación cubiertos por Medicare</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias Los servicios cubiertos incluyen sesiones individuales y grupales para el tratamiento del alcoholismo y/o la farmacodependencia.</p>	<p>Dentro de la red \$40 de copago por sesión grupal \$40 de copago por sesión individual</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por sesión grupal \$0 de copago por sesión individual</p>
<p>Cirugía para pacientes en consulta externa, incluidos servicios prestados en instalaciones hospitalarias de consulta externa y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, debería preguntarle a su proveedor si usted es un paciente internado o ambulatorio. Salvo que el proveedor le extienda una orden de hospitalización, usted es paciente ambulatorio y debe pagar su parte de los costos compartidos por cirugías ambulatorias. Incluso si usted se queda en el hospital durante la noche, aun se lo podría considerar un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Dentro de la red \$100 de copago por visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$125 de copago por visita por visita en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago por visita a un centro quirúrgico ambulatorio \$0 de copago por visita por visita en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Los productos de venta libre (Over-the-counter, OTC)</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"> - En línea – visite https://livewell.medline.com/CNC - Por teléfono - 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. <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>
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedos en forma de martillo o espolones en el talón).</p> <p>Cuidado de rutina de los pies para miembros con ciertas enfermedades que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <ul style="list-style-type: none"> Dispositivos (diferentes a los dentales) que reemplazan toda o parte de una parte o función corporal. Estos incluyen, a modo de ejemplo: bolsas y suministros de colostomía directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos, zapatos protésicos, piernas artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos artículos relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o el reemplazo de dichos dispositivos. Además, se incluye cobertura posterior a la extracción o cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte el apartado "Cuidados de la vista" que figura más adelante en esta sección). 	<p>Dentro de la red</p> <p>Dispositivos protésicos e insumos médicos relacionados:</p> <p>20% del costo</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Dispositivos protésicos e insumos médicos relacionados:</p> <p>0% del costo</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y obtienen una derivación para rehabilitación pulmonar extendida por el médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar:</p> <p>\$10 de copago</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Servicios de rehabilitación pulmonar:</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar cuidados renales y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para la enfermedad renal durante toda la vida.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación para la enfermedad renal cubiertos por Medicare</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de educación para la enfermedad renal cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes en consulta externa (incluidos tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3). • Tratamientos de diálisis como paciente internado (si es admitido como paciente internado en un hospital para atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Determinados servicios de soporte en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de personal capacitado en diálisis para comprobar que su diálisis en el hogar esté bien, ayudar en emergencias y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). • Determinados medicamentos para diálisis están cubiertos en virtud de su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección "Medicamentos con receta médica de la Parte B de Medicare". 	<p>\$25 de copago por sesión de tratamiento de diálisis renal cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago para capacitación para autodiálisis</p> <p>20% del costo de los equipos y suministros para diálisis en el hogar</p> <p>\$15 de copago para servicios de asistencia en el hogar</p> <p>20% del costo de medicamentos de la Parte B de Medicare</p>	<p>\$0 de copago por sesión de tratamiento de diálisis renal cubierta por Medicare</p> <p>\$0 de copago para capacitación para autodiálisis</p> <p>0% del costo de los equipos y suministros para diálisis en el hogar</p> <p>\$0 de copago para servicios de asistencia en el hogar</p> <p>0% del costo de medicamentos de la Parte B de Medicare</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF) (Para ver una definición de "atención en instalaciones de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Las instalaciones de enfermería especializada a veces son llamadas "SNF"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si se necesita por razones médicas). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el organismo, tales como factores de coagulación de la sangre). • Sangre, incluidos su almacenamiento y administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; usted debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o que usted u otra persona done sangre. Todos los demás componentes de sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por las SNF. • Análisis de laboratorio normalmente proporcionados por las SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por las SNF. • Uso de aparatos como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por las SNF. • Servicios del médico/profesional. 	<p>Dentro de la red</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en una SNF</p> <p>Días 1 a 5, \$0 de copago por día Días 6 a 20, \$20 de copago por día Días 21 a 100, \$150 de copago por día</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en una SNF</p> <p>\$0 de copago por una estadía de 100 días</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) SET está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica sintomática (PAD) y una derivación por PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Si se cumplen los requisitos del programa SET, se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas. El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • constar de sesiones que duren 30-60 minutos, que incluyan un programa de ejercicios de entrenamiento terapéutico para PAD en pacientes con claudicación; • ser realizado en un entorno de consulta externa o en el consultorio médico; • ser ofrecido por personal auxiliar calificado necesario para garantizar beneficios que excedan los perjuicios y que estén capacitados en el tratamiento de ejercicios para PAD. • estar bajo la supervisión directa de un médico, ayudante médico o enfermera con práctica médica/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas; <p>SET puede estar cubierto por más de 36 sesiones en un período de 12 semanas por 36 sesiones adicionales por un período extendido de tiempo si es considerado médicamente necesario por un proveedor de atención médica.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$10 de copago para servicios de tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago para servicios de tratamiento con ejercicios supervisados (SET) cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios de urgencia Por “servicios de urgencia” se entiende la atención que se brinda para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que, si bien no constituye una emergencia, requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia puede ser proporcionados por proveedores de la red, o bien por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o son inaccesibles.</p>	<p>Dentro de la red \$30 de copago para servicios de urgencia</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para servicios de urgencia</p>
<p>Atención de la vista Servicios médicos de atención ambulatoria para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes oftalmológicos de rutina (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.</p>	<p>Dentro de la red \$20 de copago para las pruebas oftalmológicas de diagnóstico cubiertas por Medicare</p>	<p>Dentro de la red \$0 de copago para las pruebas oftalmológicas de diagnóstico cubiertas por Medicare</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)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	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>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>De marca preferida: Usted paga \$40 de copago.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$85 de copago.</p> <p>Nivel de especialidad: 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>Genéricos preferidos: Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Genéricos: Usted paga \$10 de copago.</p> <p>De marca preferida: Usted paga \$40 de copago.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga \$85 de copago.</p> <p>Nivel de especialidad: 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 Premium (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 Premium (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 Premium (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>Capítulo 5, Sección 2.3 Uso de los servicios de pedidos de surtido automático de recetas por correo que ofrece el plan</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 Premium (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 Premium (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.