

Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

Ofrecido por Care N' Care Insurance Company, Inc.

Notificación Anual de Cambios para 2020

Usted continuará siendo miembro de Care N' Care Choice MA-Only (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 1.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están en nuestra red los médicos, incluidos los especialistas que ve regularmente?
 - ¿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 2.2 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 MA-Only (PPO), no necesita hacer nada. Continuará en Care N’ Care Choice MA-Only (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 MA-Only (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 MA-Only (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 MA-Only (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 MA-Only (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* que se encuentra en nuestro sitio web <https://www.cnchealthplan.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*.

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.	\$0	\$0
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: \$3,000 De los proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De los proveedores de la red: \$3,000 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: \$10 de copago por visita Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$40 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita	Dentro de la red: Visitas de atención primaria: \$10 de copago por visita Visitas a especialistas: \$25 de copago por visita Fuera de la red: Visitas de atención primaria: \$40 de copago por visita Visitas a especialistas: \$50 de copago por visita
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.	Dentro de la red: Días 1 a 6: \$175 de copago por día Día 7 y días siguientes: \$0 de copago por día Fuera de la red: 35% de coseguro	Dentro de la red: Días 1 a 6: \$175 de copago por día Día 7 y días siguientes: \$0 de copago por día Fuera de la red: 35% 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	3
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	3
Sección 1.2 – Cambios en la cantidad de sus gastos máximos de bolsillo	3
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	4
Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos	5
SECCIÓN 2 Decidir qué plan escoger	7
Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).....	7
Sección 2.2 – Si desea cambiar de plan	8
SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan	9
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ..	9
SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta médica	9
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	10
Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (PPO).....	10
Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare.....	11

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).	\$0	\$0

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 de su plan no cuenta para su cantidad máxima de gastos de bolsillo.	\$3,000 Una vez que haya pagado \$3,000 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red, 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.	\$3,000 Una vez que haya pagado \$3,000 en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red, 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 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>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>

Costo	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios del programa de tratamiento con opioides</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">• 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• Análisis toxicológicos	Sin cobertura	<p>Dentro de la red: \$25 de copago</p> <p>Fuera de la red: \$50 de copago</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>

SECCIÓN 2 Decidir qué plan escoger

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice MA-Only (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,
- -- *O*-- puede optar por Original Medicare. Si cambia por Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, podría haber una multa potencial por inscripción tardía en la Parte D.

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 4) o llame a Medicare (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**, insíbase en el nuevo plan. Se lo dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
 - Para **cambiar a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica**, insíbase en el nuevo plan de medicamentos. Se lo dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice MA-Only (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* – ponerse 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 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 8 de la *Evidencia de cobertura*.

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 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 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 5 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 a
 - 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).
 - **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de asistencia para medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a que las personas con VIH/SIDA elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que pueden salvarles la vida. 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. *Nota:* Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir determinados criterios, entre ellos prueba de la residencia en el estado y condición con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente.
 - Si está actualmente inscrito en un ADAP, el programa puede continuar proporcionándole asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta médica de la Parte D para medicamentos que se encuentren en el formulario de ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripción de su ADAP local cualquier cambio en el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o número de póliza. Puede contactarse con el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP) al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (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). 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).

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. Para obtener información detallada consulte la *Evidencia de cobertura 2020* para Care N' Care Choice MA-Only (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.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*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web <https://www.cnchealthplan.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.

