

Care N' Care Choice Premium (PPO) ofrecido por Care N' Care Insurance Company

Aviso Anual de Cambios para 2021

Usted actualmente está inscrito como 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 acerca de los cambios.*

- **Tiene desde el 15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué hacer ahora

1. PREGUNTARSE: Qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante revisar su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan 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.
- Consulte los cambios en el folleto de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Están sus medicamentos en un nivel diferente, con gastos compartidos diferentes?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de obtenerlos?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de Medicamentos de 2021 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros prestadores de servicios médicos estarán en nuestra red el año próximo.
 - ¿Están en nuestra red sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros prestadores de servicios médicos que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Prestadores.

- Piense en sus costos generales de atención médica.
 - ¿Cuánto gastará usted de su bolsillo por los servicios y medicamentos recetados que utiliza 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 satisfecho con nuestra cobertura.

2. **COMPARAR:** Aprenda sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada de su folleto Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 4.2 para aprender más sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ESCOGER:** Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de Diciembre de 2020, estará inscrito en Care N' Care Choice Premium (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de Octubre y el 7 de Diciembre.

4. **INSCRIBIRSE:** Para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de Octubre** y el **7 de Diciembre de 2020**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de Diciembre de 2020**, estará inscrito en Care N' Care Choice Premium (PPO).
- Si se inscribe a otro plan hasta el **7 de Diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de Enero de 2021**. Será dado de baja automáticamente de su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Comuníquese con nuestro Equipo de Experiencia del Cliente llamando al número 1-877-374-7993 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es del 1 de Octubre al 31 de Marzo, 8:00 a.m. - 8:00 p.m., hora estándar del centro, los 7 días de la semana; del 1 de Abril al 30 de Septiembre, de 8:00 a.m. - 5:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes.
- Esta información está disponible en un formato diferente, incluyendo letra grande y en idioma inglés. Llame a su Equipo de Experiencia del Cliente al número que aparece arriba si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura de este Plan califica como Cobertura Médica Calificada (QHC, en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, en inglés). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Care N' 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.
 - Cuando este folleto dice "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Care N' Care Insurance Company. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", significa Care N' Care Choice Premium (PPO).
-

[Aprobación OMB 0938-1051 \(Expira: 31 de Diciembre de 2021\) Y0107_H6328_21_476SP_M](#)

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Care N' Care Choice Premium (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com/search>. También puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$200	\$200
Monto máximo de gasto de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de su bolsillo para sus servicios con cobertura de Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles.)	De prestadores de la red: \$3,100 De prestadores de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De prestadores de la red: \$3,500 De prestadores la red y fuera de la red combinados: \$10,000
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas de especialistas: \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: \$35 de copago por visita Visitas de especialistas: \$40 de copago por visita	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas de especialistas: \$0 de copago por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: 30% del costo por visita Visitas de especialistas: 30% del costo por visita

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación hospitalaria, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. Los servicios hospitalarios para pacientes internados comienzan el día en que usted ingresa formalmente al hospital con una orden médica. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>30% del costo</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>30% del costo</p>
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles.)</p> <p>Insulinas Selectas</p> <p>Nota: Este gasto compartido se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago por un suministro de 30 días durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Medicamento 1: Copago de \$0 • Nivel de Medicamento 2: Copago de \$10 • Nivel de Medicamento 3: Copago de \$40 • Nivel de Medicamento 4: Copago de \$85 • Nivel de Medicamento 5: Coseguro del 33% <p>• Insulinas Selectas: No Cubierto</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago por un suministro de 30 días durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Medicamento 1: Copago de \$0 • Nivel de Medicamento 2: Copago de \$10 • Nivel de Medicamento 3: Copago de \$40 • Nivel de Medicamento 4: Copago de \$85 • Nivel de Medicamento 5: Coseguro del 33% <p>Insulinas Selectas: Copago de \$35 por un suministro minorista de 30 días Copago de \$70 por un suministro minorista o pedido por correo de 90 días</p>
<p>Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Seleccionadas, revise la Lista de Medicamentos más reciente en https://www.cnhealthplan.com/pharmacy-information-2021/. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente (Los números de teléfono del Equipo de Experiencia del Cliente están impresos en la contraportada de este folleto).</p>		

Aviso Anual de Cambios para 2021

Tabla de contenidos

Resumen de Costos Importantes para 2021.....	1
SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	1
Sección 1.1 - Cambios en la Prima Mensual.....	1
Sección 1.2 - Cambios en su Monto Máximo de Costos de Bolsillo	1
Sección 1.3 - Cambios en la Red de Prestadores.....	2
Sección 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias.....	3
Sección 1.5 - Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	3
Sección 1.6 - Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D	10
SECCIÓN 2 Decidir Qué Plan Elegir.....	14
Sección 2.1 - Si desea permanecer en Care N' Care Choice Premium (PPO).....	14
Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan.....	14
SECCIÓN 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan.....	15
SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	15
SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados	16
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	16
Sección 6.1 - Obtener Ayuda de Care N' Care Choice Premium (PPO).....	16
Sección 6.2 - Obtener Ayuda de Medicare	17

SECCIÓN 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

Sección 1.1 - Cambios en la Prima Mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$200	\$200
Prima opcional de beneficio dental complementario	\$18	\$20

- Su prima mensual del plan será *más* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como "cobertura acreditable") durante 63 días o más.
- Si tiene un ingreso más alto, es posible que deba pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su prima mensual será *menos* si recibe "Ayuda Adicional" con los costos de sus medicamentos recetados. Consulte la Sección 6.2 sobre "Ayuda Adicional" de Medicare.

Sección 1.2 - Cambios en su Monto Máximo de Costos de Bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todas las coberturas de salud limiten la cantidad que usted paga "de gasto de bolsillo" durante el año. Este límite se denomina "monto máximo de bolsillo". Una vez que alcanza esta cantidad, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Monto máximo de gasto de bolsillo dentro de la red Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo.	\$3,100 Una vez que haya pagado \$3,100 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los prestadores de la red durante el resto del año calendario.	\$3,500 Una vez que haya pagado \$3,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los prestadores de la red durante el resto del año calendario.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Cantidad máxima combinada de gastos de bolsillo</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) de prestadores dentro y fuera de la red cuentan para su monto máximo combinado de gastos de bolsillo. La prima de su plan no cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de los prestadores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>	<p>\$10,000</p> <p>Una vez que haya pagado \$10,000 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos de los prestadores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 - Cambios en la Red de Prestadores

Hay cambios en nuestra red de prestadores de servicios médicos para el próximo año. Un Directorio de Prestadores actualizado se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para obtener información actualizada sobre prestadores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Prestadores. **Por favor revise el Directorio de Prestadores de 2021 para ver si sus prestadores (prestador de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios durante el año sobre los hospitales, médicos y especialistas (prestadores) que forman parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su prestador podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de prestadores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con al menos 30 días de anticipación que su prestador de servicios médicos dejará nuestra cobertura para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo prestador de servicios médicos.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo prestador calificado para que continúe ayudándole en sus necesidades de cuidado médico.
- Si está recibiendo tratamiento médico tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea, que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si considera que no le hemos asignado un prestador calificado para reemplazar a su antiguo prestador o que su servicio de atención no está siendo administrado correctamente, tiene derecho de apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista abandonará su cobertura, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo prestador para administrar su cuidado.

Sección 1.4 - Cambios en la Red de Farmacias

Los precios que usted pague por sus medicamentos recetados dependerán de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias del próximo año. Un Directorio de Farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para obtener información actualizada sobre los prestadores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias. **Por favor, revise el Directorio de Farmacias de 2021 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 - Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Estamos cambiando nuestra cobertura para ciertos servicios médicos del próximo año. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*, en su Evidencia de Cobertura de 2021.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de ambulancia	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de transporte terrestre Cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga 0% de coseguro por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 35% de coseguro por cada servicio de transporte terrestre Cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 35% de coseguro por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p>
Servicios de Centro Quirúrgico Ambulatorio	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un Copago de \$200 para servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 35% de coseguro para servicios de cirugía cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
Examen Físico Anual	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para un examen físico anual.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para un examen físico anual.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios De Rehabilitación Cardíaca (Con cobertura de Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$20 por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensivo cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare. Usted paga 30% de coseguro por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensivo cubierto por Medicare.
Servicios Quiroprácticos (Con cobertura de Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$20 por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare.
Examen De Detección De Cáncer Colorrectal	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$30 por cada enema de bario cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Usted paga 30% de coseguro por cada enema de bario cubierto por Medicare.
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Nosotros cubrimos: <ul style="list-style-type: none"> • exámenes orales preventivos • profilaxis preventiva • tratamiento de fluoruro • radiografías dentales 	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$10 por cada servicio dental cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental cubierto por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Capacitación Para El Autocontrol De La Diabetes</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 20% de coseguro por cada capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada capacitación de autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios y Suministros Para Diabéticos</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20% de coseguro para zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 30% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 30% de coseguro por DME cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 35% de coseguro por DME cubierto por Medicare.</p>
<p>Beneficios Adicionales "Suplementarios Opcionales"</p> <p>Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan "Beneficios Suplementarios Opcionales". Si desea estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse en ellos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelación que cualquier otro beneficio.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$18 mensuales</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$20 mensuales</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Programas de Educación Sobre Salud Y Bienestar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para cada programa de educación sobre salud y bienestar (SilverSneakers).	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada programa de educación sobre salud y bienestar (SilverSneakers).
Servicios auditivos	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$45 por un examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 30% del costo de un examen de audición de diagnóstico cubierto por Medicare.
Atención De Una Agencia De Salud En El Hogar	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$40 para servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.
Atención de Salud Mental Para Pacientes Hospitalizados	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 35% de coseguro para estadías de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para estadías de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.
Servicios de Diálisis Renal	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$50 para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
Servicios de Terapia Ocupacional	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$20 para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.
Servicios del Programa De Tratamiento Con Opioides	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$40 para cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Otros Profesionales de la Salud (p. ej. enfermero practicante; asistente médico)</p> <p>Servicios de Acupuntura</p> <p>Cuando cualquier enfermero practicante, enfermera partera certificada, enfermero anestesista certificado registrado, enfermero especialista clínico o asistente médico funciona como Médico de Atención Primaria</p> <p>Cuando enfermeros practicantes, enfermeras parteras certificadas, enfermeros anestesistas registrados certificados, enfermeros especialistas clínicos o asistentes médicos funcionan como un Médico Especialista</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>La acupuntura <u>no</u> está cubierta.</p> <p>El PCP de nivel medio (Enfermero Practicante) <u>no</u> está cubierto.</p> <p>El Especialista de nivel medio (Enfermero Practicante) <u>no</u> está cubierto.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>La acupuntura <u>no</u> está cubierta.</p> <p>El PCP de nivel medio (Enfermero Practicante) <u>no</u> está cubierto.</p> <p>El Especialista de nivel medio (Enfermero Practicante) <u>no</u> está cubierto.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$0 por cada visita de Acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por cada visita al PCP (Enfermero Practicante) de nivel medio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por cada visita cubierta por Medicare a un Especialista de nivel medio (Enfermero Practicante).</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 30% de coseguro para cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro para cada visita al PCP de nivel medio (enfermero practicante) cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita al especialista de nivel medio (enfermero practicante) cubierta por Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
<p>Procedimientos De Diagnóstico, Pruebas Y Servicios De Laboratorio Para Pacientes Ambulatorios</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$10-\$25 por procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10-\$25 por los servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro para servicios de laboratorio ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios De Radiología Diagnóstica Y Terapéutica Para Pacientes Ambulatorios</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$200 por los servicios de radiología de diagnóstico ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Usted paga un copago de \$10-\$25 por radiografías para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro para radiografías para pacientes ambulatorios cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios Especializados De Salud Mental Para Pacientes Ambulatorios</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de Psiquiatría Para Pacientes Ambulatorios</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Servicios de Abuso De Sustancias Para Pacientes Ambulatorios	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga un copago de \$50 por cada visita de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare. Usted paga 30% de coseguro por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
Servicios de Observación Y Cirugía Para Pacientes Ambulatorios (en un Centro Ambulatorio)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$225 para servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga un copago de \$225 para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para servicios quirúrgicos hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare. Usted paga 30% de coseguro para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de Hospitalización Parcial	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$100 por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de Terapia Física Y Del Habla	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>
Servicios de Podiatría (Con cobertura de Medicare)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$35 para cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada visita de podiatría cubierta por Medicare.</p>
Servicios Preventivos (Servicios Zero Dollar cubiertos por Medicare)	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para servicios preventivos cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Visitas al médico de atención primaria	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$35 por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita al médico de atención primaria cubierta por Medicare.
Exámenes de detección de cáncer de próstata	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$30 para cada examen de detección cubierto por Medicare. Usted paga un copago de \$30 para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada examen de detección cubierto por Medicare. Usted paga 30% de coseguro para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.
Servicios de Rehabilitación Pulmonar (Con cobertura de Medicare)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$20 para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro para cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.
Consultas a un especialista	<u>Fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada visita a un especialista cubierto por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga 30% de coseguro por cada visita a un especialista cubierto por Medicare.

Sección 1.6 - Cambios en la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o "Lista de Medicamentos". Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona de forma electrónica. La Lista de Medicamentos proporcionado electrónicamente incluye muchos, pero no todos, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no ve su medicamento en esta lista, aun así podría estar cubierto. **Puede conseguir la Lista de Medicamentos completa** llamando al Equipo de Experiencia del Cliente (consulte la contraportada) o visitando nuestro sitio web <https://www.cnhealthplan.com/search>.

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que recete) y solicitar a la aseguradora que haga una excepción** para cubrir el fármaco. **Alentamos 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 hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (u otro recetador) para encontrar un medicamento diferente** que esté cubierto por nosotros. Puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción de la cobertura en el tratamiento. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*.) Durante el tiempo en que reciba un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el mismo. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o pedirle a la aseguradora que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Los miembros que tienen una excepción a la Lista de Medicamentos aprobada durante 2020 pueden tener esa excepción aprobada durante 2021 por la aseguradora. Si se extiende la excepción a la lista, recibirá un aviso anticipado de los términos de la extensión. Si la excepción a la lista no se extiende, deberá volver a enviar una solicitud de excepción de la lista para 2021. La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos se renuevan al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2021, podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico en el mismo nivel de gasto compartido o uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de gasto compartido diferente o agregar nuevas restricciones o ambos.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que está siendo reemplazado o trasladado a un nivel de gastos compartidos más alto, no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo hagamos o que pueda 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 realizamos, pero puede llegar después de que se realice el cambio.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de Medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otro recetador) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de Medicamentos en línea según lo programado y brindaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los Costos de Medicamentos Recetados

Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **puede que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted.** Le hemos enviado un inserto por separado, llamado "Cláusula De Evidencia de Cobertura Para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar Sus Medicamentos Recetados" (también llamada "Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos" o "Cláusula de LIS"), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda Adicional" y no ha recibido este inserto antes del *30 de Septiembre de 2020*, llame al Equipo de Experiencia del Cliente y solicite el "Cláusula LIS".

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

La siguiente información muestra los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas - la Etapa De Deducible Anual y la Etapa De Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa De Interrupción De La Cobertura o la Etapa De Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en el *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com/>. También puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Cambios a la Etapa de Deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Etapa 1: Etapa de Deducible Anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no aplica a usted Insulinas Selectas: No Cubierto	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted. No hay deducible para Care N' Care Choice Premium (PPO) para insulinas selectas. Esta etapa de pago no aplica a usted.

Cambios En Su Gasto Compartido En La Etapa De Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el 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 en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona gastos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos del suministro a largo plazo o de las recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel para algunos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Genéricos Preferidos: Usted paga un copago de \$0</p> <p>Genéricos: Usted paga un copago de \$10</p> <p>Marcas Preferidas: Usted paga un copago de \$40</p> <p>Medicamentos no Preferidos: Usted paga un copago de \$85</p> <p>Nivel de Especialidad: Paga un coseguro del 33%</p> <p>Insulinas Selectas: No cubierto</p> <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales de medicamentos han alcanzado \$4,020, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción de la Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes provisto en una farmacia de la red con gasto compartido estándar:</p> <p>Genéricos Preferidos: Usted paga un copago de \$0</p> <p>Genéricos: Usted paga un copago de \$10</p> <p>Marcas Preferidas: Usted paga un copago de \$40</p> <p>Medicamentos no Preferidos: Usted paga un copago de \$85</p> <p>Nivel de Especialidad: Paga un coseguro del 33%</p> <p>Insulinas Selectas: Usted paga un copago de \$35 por un suministro minorista de 30 días</p> <p>Usted paga un copago de \$70 por un suministro minorista o por correo de 90 días</p> <hr/> <p>Una vez que sus gastos totales de medicamentos han alcanzado \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Interrupción de la Cobertura).</p>

Cambios en las etapas de Interrupción de la Cobertura y Cobertura Catastrófica

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

Care N' Care Choice Premium (PPO) ofrece interrupción de la cobertura adicional para insulinas selectas. Durante la etapa de Interrupción de la Cobertura, sus gastos de bolsillo para determinadas insulinas serán un copago de \$35 por un suministro minorista de 30 días y un copago de \$70 por un suministro minorista o pedido por correo de 90 días.

SECCIÓN 2 Decidir Qué Plan Elegir

Sección 2.1 - Si desea permanecer en Care N' Care Choice Premium (PPO)

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o cambia a Original Medicare antes del 7 de Diciembre, estará inscrito automáticamente en nuestro plan Care N' Care Choice Premium (PPO).

Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan

Esperamos mantenerlo como miembro asegurado el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede unirse en un momento oportuno a una cobertura de salud de Medicare diferente,
- *O* - Puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se une a una cobertura de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en una cobertura de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1 sobre una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted 2021*, llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 6.2 o llame a Medicare.)

Usted también puede encontrar información sobre los planes en su área utilizando el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare y haga click en “Encuentre planes de medicamentos y salud” **Aquí podrá encontrar información sobre costos, coberturas y calificaciones de calidad acerca de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Care N' Care Insurance Company, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cobertura, primas mensuales y montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud diferente de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice Premium (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con una cobertura de medicamentos recetados**, solicite cobertura en el nuevo plan de medicamentos. Se le dará de baja automáticamente de Care N' Care Choice Premium (PPO).

- Para **cambiarse a Original Medicare sin una cobertura de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con el Equipo de Experiencia del Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 6. 1 de este folleto).
 - - o - Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el **15 de Octubre hasta el 7 de Diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de Enero de 2021.

¿Hay otros momentos del año en que pueda hacer el cambio?

En ciertas situaciones, los cambios también están permitidos en otros momentos del año. Por ejemplo, personas con Medicaid, aquellos que reciben "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o están dejando la cobertura del empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio pueden recibir permiso para hacer un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

Si está inscrito en una cobertura Medicare Advantage para el 1 de Enero de 2021 y no le gusta su elección de cobertura, puede cambiarse a otra cobertura de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas Que Ofrecen Asesoramiento Gratuito Sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se le llama al Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP, en inglés).

El Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno Federal para dar asesoramiento **gratuito** sobre seguros médicos locales para personas con Medicare. Los asesores del Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de coberturas de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de cobertura. Puede llamar al Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede obtener más información sobre el Programa de Consejería y Defensa sobre Seguros Médicos (HICAP) visitando su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 5 Programas Que Ayudan A Pagar Los Medicamentos Recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **"Ayuda Adicional" de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Ayuda Adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que califican no tendrán una interrupción de la cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, llame al:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/7 días a la semana;
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7:00 a.m. - 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Texas Kidney Health Care Program (KHC) y el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados en función de su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **Asistencia De Gastos Compartidos De Recetas Para Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estatus de VIH, bajos ingresos según lo definido por el Estado y estatus sin seguro/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para asistencia de gasto compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP, en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 - Obtener ayuda de Care N' Care Choice Premium (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Equipo de Experiencia del Cliente al 1-877-374-7993. (Sólo TTY, llame al 711) Estamos disponibles para llamadas telefónicas del 1 de Octubre al 31 de Marzo, de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. Hora estándar del centro, los 7 días de la semana; Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, de 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Hora estándar del centro, de lunes a viernes. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura de 2021 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2021. Para más detalles, busque en *Evidencia de Cobertura de 2021* para 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 reglas que debe seguir para obtener servicios incluidos en la cobertura y medicamentos recetados. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com/search>. También puede llamar al Equipo de Experiencia del Cliente para solicitarnos que le enviemos su *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en <https://www.cnchealthplan.com/search>. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de prestadores (Directorio de Prestadores) 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), 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 (www.medicare.gov) Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar las coberturas de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre las coberturas disponibles en su área utilizando el Buscador de Coberturas de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre las coberturas, visite www.medicare.gov/plan-compare.)

Lea Medicare y Usted 2021

Usted puede leer el Manual *Medicare y Usted 2021*. Este folleto se envía por correo a las personas con Medicare todos los años en el otoño. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.