

Care N' Care Choice MA-Only (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 MA-Only (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 1.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- 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 MA-Only (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 MA-Only (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. - 8:00 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 MA-Only (PPO)

- Care N' Care Insurance es una aseguradora 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 MA-Only (PPO).

Resumen de Costos Importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Care N' Care Choice MA-Only (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.	\$0	\$0
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: \$3,000 De prestadores dentro y fuera de la red combinados: \$5,100	De prestadores de la red: \$2,500 De prestadores dentro y fuera de la red combinados: \$5,100
Visitas al consultorio médico	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$10 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$25 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$40 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$50 por visita	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$25 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: Copago de \$40 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$50 por visita
Hospitalizaciones 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.	<u>Dentro de la red</u> Día 1-6; Copago de \$175 Día 7 en adelante; Copago de \$0 por día <u>Fuera de la red</u> 35% del costo	<u>Dentro de la red</u> Día 1-6; Copago de \$100 Día 7 en adelante; Copago de \$0 por día <u>Fuera de la red</u> 20% del costo

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.....	3
Sección 1.1 - Cambios en la Prima Mensual.....	3
Sección 1.2 - Cambios en su Monto Máximo de Costos de Bolsillo	3
Sección 1.3 - Cambios en la Red de Prestadores.....	4
Sección 1.4 - Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos	4
SECCIÓN 2 Decidir Qué Plan Elegir.....	7
Sección 2.1 - Si desea permanecer en Care N' Care Choice MA-Only (PPO)	7
Sección 2.2 - Si desea cambiar de plan.....	8
SECCION 3 Fecha Límite para Cambiar de Plan.....	8
SECCIÓN 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	9
SECCIÓN 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos Recetados	9
SECCIÓN 6 ¿Preguntas?	10
Sección 6.1 - Obtener 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	2020 (este año)	2021 (el próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

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.	\$3,000 Una vez que haya pagado \$3,000 de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B brindados por los prestadores de la red, 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.	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B brindados por los prestadores de la red, 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.
Cantidad máxima combinada de gastos de bolsillo 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.	\$5,100 Una vez que haya pagado \$5,100 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 dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.	\$5,100 Una vez que haya pagado \$5,100 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 dentro o fuera de la red durante el resto del año calendario.

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 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)
<p>Servicios Dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original.</p> <p>Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes orales preventivos • profilaxis preventiva • tratamiento de fluoruro • radiografías dentales 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios y Suministros para Diabéticos</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por cada par de zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro de 20% por cada par de zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Beneficios Adicionales "Suplementarios Opcionales" 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)
<p>Atención de Salud Mental Para Pacientes Hospitalizados</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre hasta 190 días en la vida para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 35% por estadías de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 20% por estadías de salud mental para pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de Diálisis Renal</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>
<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><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por cada visita de Acupuntura cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por cada visita al PCP (Enfermero Practicante) de nivel medio cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 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 un copago de \$40 para cada visita de acupuntura cubierta por Medicare.</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>Usted paga un copago de \$40 para cada PCP de nivel medio (enfermero practicante) Visita cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita de especialista de nivel medio (enfermero practicante) cubierta por Medicare.</p>
<p>Procedimientos De Diagnóstico, Pruebas Y Servicios De Laboratorio Para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Prueba de diagnóstico básica (como pruebas de laboratorio)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un Copago de \$5 por una prueba de diagnóstico básica cubierta por Medicare (como pruebas de laboratorio) en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$6 por una prueba de diagnóstico básica cubierta por Medicare (como pruebas de laboratorio) en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>
<p>Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, en inglés)</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 35% del costo por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>	<p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Usted paga 20% del costo por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.</p>
<p>Cuidado de la Visión (Exámenes de la Vista Cubiertos por Medicare)</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 para cada examen de la vista de rutina cubierto por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por cada examen de la vista de rutina cubierto por Medicare.</p>

SECCIÓN 2 Decidir Qué Plan Elegir

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

Para permanecer en nuestro plan usted no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o se cambia a Original Medicare antes del 7 de Diciembre, quedará inscrito automáticamente en nuestra Care N' Care Choice MA-Only (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 MA-Only (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 MA-Only (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.

SECCION 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 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan.

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).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés)?** El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con el VIH / SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para recibir asistencia de gasto compartido de medicamentos recetados a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP). Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y su situación de falta de seguro/seguro insuficiente.
- Si actualmente está inscrito en un ADAP, puede continuar brindándole asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos que figuran en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP sobre cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza. Puede comunicarse con el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP, por sus siglas en inglés) al 1-800-255-1090.

SECCION 6 ¿Preguntas?

Sección 6.1 - Obtener ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (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 MA-Only (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.