

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

Aviso anual de cambios para 2022

Actualmente, está inscrito como miembro de Care N' Care Choice (PPO). El próximo año, habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

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

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los servicios que usted utiliza se ven afectados?
 - Consulte las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el folleto para nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de que obtenga su medicamento con receta?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2022 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 alternativas más económicas que pueden estar a su disposición. Esto puede ayudarlo a disminuir los gastos anuales que paga de su bolsillo a lo largo del año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). En estos paneles, se resaltan los fabricantes que han aumentado los precios y, además, se muestra otra información relacionada con los precios de los medicamentos de cada año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto puede cambiar el costo de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta con regularidad, en nuestra red?
 - ¿Qué ocurre con los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de proveedores.
- Piense acerca de los costos generales de la atención médica.
 - ¿Cuánto pagará de su bolsillo para los servicios y medicamentos con receta que utiliza con frecuencia?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y deducibles?
 - ¿Cuál es su costo total en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** obtenga información sobre otras opciones del plan

- Verifique la cobertura y los costos del plan en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare), en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la parte posterior de su Manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme su costo y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, quedará inscrito en Care N' Care Choice (PPO).
- Para cambiar a un **plan diferente** que puede satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar de plan, únase a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, quedará inscrito en Care N' Care Choice (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2022**. Se cancelará automáticamente su suscripción del plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Llame a nuestro Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es

desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central.

- Esta información está disponible en distintos formatos, entre ellos, letra grande y en español. Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Costo (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Care N' Care Choice (PPO)

- Care N' Care Insurance es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Care N' Care Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Care N' Care Choice (PPO).

Aprobación de OMB 0938-1051 (Vencimiento: 29 de febrero de 2024)Y0107_H6328_22_064S_M

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y 2022 para Care N° Care Choice (PPO) en varias áreas importantes. **Observe que solo se trata de un resumen de cambios.** Se encuentra una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, en <https://www.cnchealthplan.com/search>. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$0	\$0
Montos máximos que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	De proveedores de la red: \$3,900 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$7,500	De proveedores de la red: \$3,900 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$7,500
Visitas al consultorio del médico	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$15 por visita Visitas a especialistas: copago de \$35 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$50 por visita Visitas a especialistas: copago de \$70 por visita	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: copago de \$35 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$25 por visita Visitas a especialistas: copago de \$70 por visita

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, rehabilitación, de cuidado a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Día 1: copago de \$250 Días 2 a 6: copago de \$125 por día Días 7 a 90: copago de \$0 por día</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>35% del costo</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Día 1: copago de \$250 Días 2 a 6: copago de \$150 por día Días 7 a 90: copago de \$0 por día</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>35% del costo</p>
<p>Para averiguar qué medicamentos son Insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más actual en https://www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2022/. Puede identificar las Insulinas seleccionadas por la abreviatura “SSM”, que se encuentra en la columna “Requisitos/Límites” de la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Equipo de experiencia al cliente (los números de teléfono del Equipo de experiencia al cliente se encuentran en la contraportada de este folleto).</p>		

Aviso anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	4
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	4
Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo	4
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	8
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	12
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	12
Sección 3.1: Si quiere permanecer en Care N' Care Choice (PPO).....	12
Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan	12
SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan.....	13
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	14
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	14
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?.....	15
Sección 7.1: Obtener ayuda de Care N' Care Choice (PPO)	15
Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare.....	16

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura de medicamentos de Medicare (también conocida como “cobertura acreditable”) durante 63 días o más.
- Si posee ingresos más elevados, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si tiene “Extra Help” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre “Extra Help” de Medicare.

Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

A fin de protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima del plan y los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$3,900	\$3,900 Una vez que haya pagado \$3,900 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. La prima de su plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes externos no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo para los servicios médicos.</p>	\$7,500	<p>\$7,500</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red.</p>

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web: <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2022 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que, durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar su plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red puedan cambiar durante el año, estamos obligados a proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que paga por los medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web: <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2022 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

El próximo año cambiaremos nuestra cobertura de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2022*.

Servicios de programas de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan con trastornos por el uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- Tratamientos asistidos con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU.
- Suministro y administración de MAT (si corresponde).
- Asesoramiento por el uso de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Análisis toxicológicos.
- Actividades de ingesta.
- Evaluaciones periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Beneficios “complementarios opcionales” adicionales:</p> <p>Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman “beneficios complementarios opcionales”.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$20 cada mes</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga \$26 cada mes</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Si desea recibir estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse.</p> <p>Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.</p>		
Servicios de Telesalud adicional	Sin cobertura	<p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por los servicios del PCP Copago de \$40 por los servicios especializados de salud mental</p>
<p>Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes bucales preventivos • profilaxis preventiva • tratamiento con flúor • radiografías dentales <p>Monto máximo de beneficio</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$0 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p>\$3,500</p>	<p><u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Usted paga \$0 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.</p> <p>\$7,500</p>

Beneficios “complementarios opcionales” adicionales que puede comprar

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no son cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se llaman “**beneficios complementarios opcionales**”. Si desea recibir estos beneficios complementarios opcionales, debe inscribirse. Los beneficios complementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos a los mismos procesos de apelaciones que cualquier otro beneficio.

Cláusula adicional de salud dental de Care N' Care

- Prima mensual de \$20.
- Máximo de beneficio anual (ABM) de \$3,000.
- Sin deducible anual.

- Solo los procedimientos integrales se tendrán en cuenta para el ABM.
- Sin período de espera después de la inscripción.
- Los costos de laboratorio corren por cuenta del miembro.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se le proporcionará una copia de nuestra Lista de medicamentos de forma electrónica. La Lista de medicamentos provista de forma electrónica contiene muchos, *pero no todos*, de los medicamentos que cubriremos el próximo año. Si no encuentra su medicamento en la lista, es posible que aún se encuentre cubierto. **Para obtener la Lista de medicamentos completa**, llame al Equipo de experiencia al cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web (<http://www.cnchealthplan.com/search>).

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para comprobar si existen restricciones.**

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

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción** y cubra el medicamento. **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 debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Equipo de experiencia al cliente.
- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento que no está en el formulario para los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (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 que reciba un suministro temporal de un medicamento, deberá hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se acabe su suministro temporal. Puede cambiarse a un medicamento distinto cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Para los miembros que obtuvieron una excepción al formulario aprobada durante 2021, el plan les podrá otorgar una extensión de esa excepción al formulario para 2022. Si se extiende la excepción al formulario, usted recibirá una notificación anticipada de los términos de la extensión. Si no se extiende la excepción al formulario, usted deberá volver a enviar una solicitud de extensión al formulario para 2022. La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al inicio de cada año.

Sin embargo, durante el año, podremos realizar otros cambios permitidos por el reglamento de Medicare.

A partir de 2022, podremos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo con el mismo nivel de costos compartidos, o uno inferior, y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, al agregar el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos conservar el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente trasladándolo a otro nivel de costos compartidos o agregándole nuevas restricciones, o bien implementar ambas medidas.

Esto significa que si, por ejemplo, está recibiendo un medicamento de marca que se reemplaza o traslada a un nivel de costos compartidos más alto, dejará de recibir siempre un aviso del cambio 30 días antes de que lo implementemos o de recibir un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está recibiendo el medicamento de marca, seguirá recibiendo información sobre el cambio específico que implementemos, pero esta información podría llegar después de realizado el cambio.

Cuando apliquemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún podrá consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y le proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos aplicar a la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Extra Help”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no resulte aplicable a su caso.** Le enviamos un inserto por separado, denominado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que tienen Extra Help para pagar los medicamentos con receta), también conocido como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le brinda información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si tiene “Extra Help” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2021, llame al Equipo de experiencia al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos 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 describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, en <https://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso. No se aplican deducibles para Care N' Care Choice (PPO) para insulinas seleccionadas. Esta etapa de pago no resulta aplicable en su caso.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro de medicamentos con receta a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos, o de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$5</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$15</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$47</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga un copago de \$100</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga un coseguro del 33%</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga un copago de \$35 para un suministro para 30 días en una farmacia minorista. Usted paga un copago de \$70 para un suministro para 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$4</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$14</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$47</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga un copago de \$100</p> <p>Medicamentos especializados: Usted paga un coseguro del 33%</p> <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga un copago de \$35 para un suministro para 30 días en una farmacia minorista. Usted paga un copago de \$70 para un suministro para 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.** Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.

Care N' Care Choice (PPO) ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo para las insulinas seleccionadas serán de un copago de \$35 para un suministro para 30 días en una farmacia minorista y de un copago de \$70 para un suministro para 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Dirección física de Care N' Care	1701 River Run, Suite 402 Fort Worth, TX 76107	1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75243
Dirección postal de Care N' Care	1701 River Run, Suite 402 Fort Worth, TX 76107	1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300 Farmers Branch, TX 75243

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si quiere permanecer en Care N' Care Choice (PPO)

Para seguir inscrito en nuestro plan no es necesario que haga nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare hasta el 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro Care N' Care Choice (PPO).

Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2022, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare distinto oportunamente.

- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1 acerca de una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el Manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame a su State Health Insurance Assistance Program (consulte la Sección 6.2 o llame a Medicare).

También puede encontrar información sobre los planes en su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos). **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, debe inscribirse en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Equipo de experiencia al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este folleto).
 - *O BIEN*, puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Plazo 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.º de enero de 2022.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, “Extra Help” para pagar sus medicamentos, cobertura de su empleador, o que dejan de tenerla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar 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 se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2022 y no está satisfecho con su opción de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP).

El Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) es independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y **en forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Health Information Counseling and Advocacy Program (HICAP), visite su sitio web (<https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para tener “Extra Help” para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califiquen no tendrán una interrupción en la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - La Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con programas denominados Texas Kidney Health Care Program (KHC) y Texas HIV Medication Program (THMP), que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte con su State Health

Insurance Assistance Program (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 4 de este folleto).

- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA accedan a medicamentos para el VIH esenciales. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluidos la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, ingresos bajos según lo definido por el estado y la condición sin seguro o infraseguro. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Texas HIV Medication Program (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Obtener ayuda de Care N' Care Choice (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención para llamadas es desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central; desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora central.

Lea su *Evidencia de Cobertura de 2022* (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso Anual de Cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura de 2022* para Care N' Care Choice (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 cumplir para obtener sus servicios y medicamentos con receta cubiertos. Se encuentra una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, en <https://www.cnchealthplan.com/search>. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y solicitarnos que le enviemos por correo postal una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 7.2: 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). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área a través de Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre nuestros planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Todos los años, en otoño, se envía este folleto por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted 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.