

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) ofrecido por Care N' Care Insurance Company

Aviso anual de cambios para 2022

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 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 1.4 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- 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 2022* (Medicare y Usted 2022).

- Consulte la Sección 3.2 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 MA-Only (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 MA-Only (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.
- Para obtener más información, comuníquese con nuestro Equipo de experiencia al cliente llamando al 1-877-374-7993. (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 8 p. m., hora central.
- Esta información está disponible en distintos formatos, entre ellos, letra grande y en español. Llame a su conserje de atención médica 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 MA-Only (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 MA-Only (PPO).

Resumen de costos importantes para 2022

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2021 y 2022 para Care N' Care Choice MA-Only (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: \$2,500 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$5,100	De proveedores de la red: \$2,500 De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$5,100
Visitas al consultorio del médico	<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	<u>Dentro de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$10 por visita <u>Fuera de la red</u> Visitas de atención primaria: copago de \$40 por visita Visitas a especialistas: copago de \$20 por visita
Hospitalizaciones 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.	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: copago de \$100 por día Día 7 en adelante: copago de \$0 por día <u>Fuera de la red</u> 20%	<u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: copago de \$50 por día Día 7 en adelante: copago de \$0 por día <u>Fuera de la red</u> 10%

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..... 3

 Sección 1.1: Cambios en la prima mensual 3

 Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo 3

 Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores 4

 Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 5

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 6

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir 6

 Sección 3.1: Si quiere permanecer en Care N' Care Choice MA-Only (PPO)..... 6

 Sección 3.2: Si quiere cambiar de plan..... 6

SECCIÓN 4 Plazo para cambiar de plan..... 7

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare..... 8

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 8

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?..... 9

 Sección 7.1: Obtener ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)..... 9

 Sección 7.2: Obtener ayuda de Medicare 10

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

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 por 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 de su plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, 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.
Monto máximo que paga de su bolsillo combinado 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 no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$5,100	\$5,100 Una vez que haya pagado \$5,100 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 o fuera de la red.

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 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>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>	<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)
Telesalud adicional	Sin cobertura	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0: PCP \$35: servicios especializados de salud mental
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 20% del costo por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.	<u>Fuera de la red</u> Usted paga el 10% del costo por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.

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 MA-Only (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 MA-Only (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, se podría aplicar una 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 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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. **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 MA-Only (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 MA-Only (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 7.1 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 8, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

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 8, 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 5 de este folleto)

- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?** El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales. 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). Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, 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.
- Si, actualmente, está inscrito en el ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifíquelo al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Puede comunicarse con el Texas HIV Medication Program (THMP) llamando al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Obtener ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (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 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 MA-Only (PPO). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe 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.cnhealthplan.com>. 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.cnhealthplan.com>. Como recordatorio, en nuestro sitio web puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores).

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.