

Care N' Care Choice Plus (PPO)
ofrecido por Care N' Care Insurance Company, Inc.

Aviso anual de cambios para 2019

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

- **Usted 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 para 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 2019 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para 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 ayudarle disminuir los gastos anuales que paga de su bolsillo a lo largo del año. Para obtener mayor información sobre los precios de los medicamentos visite <https://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 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?

- Pense 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 <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y medicamentos).
 - Revise la lista en el dorso 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 desea **mantener** Care N’ Care Choice Plus (PPO), no debe hacer nada. Permanecerá en Care N’ Care Choice Plus (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 2018

- Si **no se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, permanecerá en Care N’ Care Choice Plus (PPO).
- Si **se inscribe antes del 7 de diciembre de 2018**, su cobertura nueva comenzará el 1.º de enero de 2019.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, llame a Servicios a los Miembros 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central.
- Esta información está disponible en distintos formatos, tamaño de 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 (Qualifying Health Coverage, 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 (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca de Care N' Care Choice Plus (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, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Care N' Care Choice Plus (PPO).

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara los costos de 2018 y 2019 para Care N' Care Choice Plus (PPO) en varias áreas importantes. Observe que solo se trata de un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso anual de cambios* y revisar la *Evidencia de cobertura* que se envía por correo postal para saber si otros cambios en los beneficios o costos le afectan.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$49	\$55
<p>Montos máximos que paga de su bolsillo</p> <p>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).</p>	<p>De proveedores de la red: \$3,400.</p> <p>De proveedores de la red y fuera de red combinados: \$5,100.</p>	<p>De proveedores de la red: \$3,400.</p> <p>De proveedores de la red y fuera de red combinados: \$5,100.</p>
<p>Consultas en el consultorio del médico</p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p>Dentro de la red \$10 por consulta.</p> <p>Fuera de la red \$40 por consulta.</p> <p>Consultas al especialista:</p> <p>Dentro de la red \$25 por consulta.</p> <p>Fuera de la red \$50 por consulta.</p>	<p>Consultas de atención primaria:</p> <p>Dentro de la red \$10 por consulta.</p> <p>Fuera de la red \$40 por consulta.</p> <p>Consultas al especialista:</p> <p>Dentro de la red \$25 por consulta.</p> <p>Fuera de la red \$50 por consulta.</p>
<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>Dentro de la red Días 1 a 6: \$250 por día. Días 7 a 90: \$0 por día.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 25%.</p>	<p>Dentro de la red Días 1 a 6: \$250 por día. Días 7 a 90: \$0 por día.</p> <p>Fuera de la red Coseguro del 25%.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0.</p> <p>Copago para un suministro para 30 días durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: copago de \$2. • Medicamento de Nivel 2: copago de \$12. • Medicamento de Nivel 3: copago de \$45. • Medicamento de Nivel 4: copago de \$90. • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33%. 	<p>Deducible: \$0.</p> <p>Copago para un suministro para 30 días durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamento de Nivel 1: copago de \$2. • Medicamento de Nivel 2: copago de \$12. • Medicamento de Nivel 3: copago de \$45. • Medicamento de Nivel 4: copago de \$90. • Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33%.

Aviso anual de cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019		1
SECCIÓN 1	Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	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 para medicamentos con receta de la Parte D.....	12
SECCIÓN 2	Cómo decidir qué plan elegir	15
Sección 2.1	Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice Plus (PPO)	15
Sección 2.2	Si desea cambiar de plan	16
SECCIÓN 3	Plazo para el cambio de plan.....	17
SECCIÓN 4	Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ..	17
SECCIÓN 5	Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....	17
SECCIÓN 6	Preguntas.....	18
Sección 6.1	Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice Plus (PPO)	18
Sección 6.2	Cómo recibir ayuda de Medicare	19

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

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$49	\$55

- 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 para medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para 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 para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será menor si recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta.

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	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se consideran 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.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 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 brindados por los proveedores de la red.	\$3,400 Una vez que haya pagado \$3,400 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 brindados por los proveedores de la red.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red y fuera de la red se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. La prima del plan no se considera para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por 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 y fuera de la red.</p>	<p>\$5,100</p> <p>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 y fuera de la red.</p>

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. Puede encontrar un Directorio de proveedores actualizado disponible en nuestro sitio web: www.cnchealthplan.com. También puede llamar a su conserje de atención médica para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2019 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que tenga en cuenta que podemos hacer cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el 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, Medicare exige que le proporcionemos 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 proveedor nuevo.
- 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 y a administrar 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 con receta 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 año próximo. Puede encontrar un Directorio de farmacias actualizado disponible en nuestro sitio web en <http://www.cnchealthplan.com>. También puede llamar a su conserje de atención médica para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2019 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

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

El año próximo 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 2019*.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$150 por día en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$250 por día en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$150 por día en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$225 por día en un centro quirúrgico ambulatorio.</p>
Servicios de ambulancia	<p>Usted paga un copago de \$225 para los beneficios de ambulancia terrestre y aérea que cubre Medicare por cada viaje en una sola dirección.</p> <p>Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</p>	<p>Usted paga un copago de \$225 para los beneficios de ambulancia terrestre que cubre Medicare por cada viaje en una sola dirección.</p> <p>Usted paga el 20% del costo del transporte aéreo.</p> <p>Se requiere una autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</p>
Beneficio de comida	<p>El beneficio de comida no está cubierto.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$0 por dos (2) entregas de 15 comidas.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$30 por dos (2) entregas de 15 comidas.</p> <p>Este beneficio aplica solo para los miembros luego de ser dados de alta de una hospitalización aguda con autorización previa.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>No se requiere copago para una cantidad ilimitada de visitas a un gimnasio participante de Silver & Fit. Puede cambiar de gimnasio una vez por mes.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 para el beneficio de gimnasio de SilverSneakers®. SilverSneakers® puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa. Usted tiene acceso a clases de ejercicios en grupo especialmente diseñadas a cargo de instructores certificados. Usted puede tomar clases en los gimnasios* de todo el país además de usar el equipamiento para ejercitar y otros servicios. Además de las clases ofrecidas por SilverSneakers en los gimnasios, tiene disponible más de 50 opciones de SilverSneakers FLEX® en lugares distintos a los gimnasios. Las clases SilverSneakers BOOM™, MENTE, MÚSCULO y MOVIMIENTO ofrecen rutinas de ejercicio intensas en los gimnasios. SilverSneakers también incluye una red de apoyo y recursos en línea como videos de ejercicios diarios. Lo único que necesita para comenzar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite SilverSneakers.com para obtener más información sobre su beneficio, o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora del este.</p> <p>* Se les ofrece kits para el hogar a los miembros que desean comenzar a ejercitar en casa o para quienes no puedan dirigirse a un gimnasio debido a una lesión o porque no pueden salir de su casa.</p> <p>Tivity Health, SilverSneakers, SilverSneakers FLEX y SilverSneakers BOOM son marcas comerciales registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. y/o sus subsidiarias y/o filiales en los Estados Unidos y otros países. © 2018. Todos los derechos reservados.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos	Los exámenes bucales no están cubiertos.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$20 por exámenes bucales.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$20 por exámenes bucales.</p> <p>Cubrimos exámenes clínicos bucales (elección de lo siguiente):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen bucal periódico, 1 cada 6 meses (código de ADA: D0120). • Examen bucal integral, uno cada 36 meses (código de ADA: D0150).
	Las limpiezas no están cubiertas.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$20 por limpiezas.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$20 por limpiezas.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxis, 1 cada 6 meses (código de ADA: D1110). • Raspado periodontal y alisado radicular por cuadrante, 1 cada 12 meses (código de ADA: D4341). • Raspado periodontal y alisado radicular, 1 a 3 dientes, 1 cada 12 meses (código de ADA: D4342).
	Ajuste de dentadura postiza no está cubierto.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$20 por ajustes de dentadura postiza.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$20 por ajustes de dentadura postiza.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste completo de dentadura postiza maxilar (código de ADA: D5410). • Ajuste completo de dentadura postiza mandibular (código de ADA: D5411). • Ajuste parcial de dentadura postiza maxilar (código de ADA: D5421). • Ajuste parcial de dentadura postiza mandibular (código de ADA: D5422).

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Servicios odontológicos (continuación)	Las radiografías dentales no están cubiertas.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$20 por radiografías dentales.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$20 por radiografías dentales.</p> <p>Cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intraoral, serie completa (incluye radiografía interproximal), 1 cada 36 meses (código de ADA: D0210). • Intraoral, primera placa periapical, 1 cada 12 meses (código de ADA: D0220). • Radiografía interproximal, primera placa, 1 cada 12 meses (código de ADA: D0270). • Radiografía interproximal, dos placas, 1 cada 12 meses (código de ADA: D0272). • Radiografía interproximal, tres placas, 1 cada 12 meses (código de ADA: D0273). • Radiografía interproximal, cuatro placas, 1 cada 12 meses (código de ADA: D0274).
Servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos para pacientes externos	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$175 para ecocardiografía de esfuerzo, estudio de SPECT, prueba de esfuerzo en caminadora, prueba de función pulmonar, o estudio del sueño.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$200 para ecocardiografía de esfuerzo, estudio de SPECT, prueba de esfuerzo en caminadora, prueba de función pulmonar, o estudio del sueño.</p>	<p>Dentro de la red Usted paga un copago de \$175 por la ecocardiografía de esfuerzo o por el estudio de SPECT.</p> <p>Usted paga un copago de \$125 para la prueba de esfuerzo en caminadora, la prueba de función pulmonar, o el estudio del sueño.</p> <p>Fuera de la red Usted paga un copago de \$200 por la ecocardiografía de esfuerzo o por el estudio de SPECT.</p> <p>Usted paga un copago de \$175 para la prueba de esfuerzo en caminadora, la prueba de función pulmonar, o el estudio del sueño.</p>
Cobertura de medicamentos durante el período sin cobertura	Usted no cuenta con cobertura adicional para medicamentos con receta durante el período sin cobertura.	Usted tiene cobertura para medicamentos nivel 1 y medicamentos específicos para afecciones respiratorias que se utilizan para el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) durante el período sin cobertura.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	No hay requisitos de tratamiento progresivo para ningún medicamento.	Algunos medicamentos pueden tener requisitos de tratamiento progresivo.

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Examen auditivo de rutina	El examen auditivo de rutina no está cubierto.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$45.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$45.</p>
Servicios auditivos	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$40.</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$45.</p> <p>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Audífonos</p>	<p>Los audífonos no están cubiertos.</p>	<p>Usted paga un copago de \$699 por cada audífono para audífonos avanzados. Usted paga un copago de \$999 por cada audífono para audífonos premium.</p> <p>Hasta dos audífonos de marca TruHearing por año (uno por oreja por año). El beneficio se limita a los audífonos avanzados y premium de TruHearing, que vienen en diversos estilos y colores. Debe consultar a un proveedor de TruHearing para utilizar este beneficio. Llame al 833-492-9866 para programar una cita (los usuarios de TTY, deben llamar al 711).</p> <p>Las compras de audífonos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 consultas con el proveedor dentro del primer año de la compra del audífono • Un período de prueba de 45 días • Garantía extendida por 3 años • 48 pilas por audífono <p>El beneficio no incluye ni cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moldes auriculares • Accesorios para audífonos • Consultas adicionales con el proveedor • Pilas adicionales • Audífonos que no sean de la marca TruHearing • Costos de reclamos de garantía por pérdida y daño <p>Los copagos por exámenes auditivos de rutina y por audífonos no están sujetos al máximo que paga de su bolsillo.</p>
<p>Anteojos después de la cirugía de catarata</p>	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: usted paga el 50% del costo.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas cubiertos por Medicare con un monto máximo del beneficio que no debe superar los \$100.</p>	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$100.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$50 por los anteojos médicamente necesarios cubiertos por Medicare después de la cirugía de catarata, con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.</p>

Costo	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Examen de la vista de rutina	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$25.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$40.</p>	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$40 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$30 por un examen de la vista de rutina con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.</p>
Anteojos, lentes y marcos.	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: usted paga el 50% del costo.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto (lentes y marcos) con un monto máximo del beneficio que no debe superar los \$100.</p>	<p>Dentro de la red: usted paga un copago de \$0 con un monto máximo de beneficio de \$100.</p> <p>Fuera de la red: usted paga un copago de \$30 y se le reembolsará hasta un monto máximo de \$50 por los anteojos médicamente necesarios cubiertos por Medicare después de la cirugía de catarata, con entrega del recibo pago y el formulario de reembolso completo.</p>
Beneficios complementarios opcionales	<p>Cobertura dental: usted puede agregar una cobertura dental adicional a través de Avesis por un adicional de \$20 en la prima mensual.</p>	<p>Cobertura dental: usted puede agregar una cobertura dental adicional a través de FCL Dental por un adicional de \$18 en la prima mensual.</p> <p>Consulte la Sección 2.2 del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para obtener la información completa sobre el beneficio.</p>
Beneficios complementarios opcionales	<p>Servicios odontológicos, oftalmológicos y auditivos: usted puede agregar una cobertura dental, oftalmológica y auditiva adicional a través de Avesis por un adicional de \$35 en la prima mensual.</p>	<p>No se ofrece ninguna cobertura como un beneficio adicional.</p>

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

Cambios en la 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 año próximo. Si no encuentra su medicamento en la lista, es posible que aún se encuentre cubierto.

Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa* si llama a su conserje de atención médica (consulte la portada posterior) o visita nuestro sitio web (<http://www.cnhealthplan.com>).

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 año próximo y para comprobar si existen restricciones.**

Si un cambio en la cobertura para 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 su conserje de atención médica.
- **Trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a su conserje de atención médica y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un único suministro temporal de medicamentos que no están en el formulario para los primeros 90 días de cobertura del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en el tratamiento. Para el año 2019, los miembros en un centro de atención a largo plazo (long term care, LTC) recibirán un suministro temporal por la misma cantidad de suministros temporales por días proporcionados en todos los otros casos: suministro de 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (suministro para 91 a 98 días según el incremento de provisión). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 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 de 2018, el plan les podrá otorgar una extensión de esa excepción al formulario para el 2019. 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 el 2019.

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 2019, antes de realizar cambios en nuestra Lista de medicamentos durante el año que requieran que le enviemos un aviso anticipado si está tomando un medicamento, le enviaremos un aviso con 30 días de antelación, en lugar de 60 días de antelación. O le daremos un resurtido para 30 días, en lugar de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Le enviaremos un aviso antes de, por ejemplo, reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos por un medicamento genérico o antes de realizar cambios según las advertencias de la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o de las nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando apliquemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún podrá trabajar con su médico (u 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 la Sección 6 del Capítulo 5 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 (“Ayuda adicional”), **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D que no aplique a usted.** Le enviamos un inserto 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 reciben ayuda adicional 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 informa sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2018, llame a su conserje de atención médica y solicite la “Cláusula LIS”. En la Sección 6.1 de este folleto encontrará los números de teléfono de su conserje de atención médica.

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 la Sección 2 del Capítulo 6 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 los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* que se envía por separado).

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (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.

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

Etapa	2018 (este año)	2019 (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 a largo plazo o de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura.</i></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de la 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 \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: usted paga \$12 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: usted paga \$90 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos especializados: usted paga el 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,750, 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 \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: usted paga \$12 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: usted paga \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: usted paga \$90 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos especializados: usted paga el 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$3,820, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura para 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 los costos durante estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura.*

SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 2.1 Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice Plus (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, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2019.

Sección 2.2 Si desea cambiar de plan

Esperamos que el año próximo siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2019, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

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

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019), llame al Programa de Asistencia de Seguro de Salud del Estado (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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 <https://www.medicare.gov> 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, Inc. 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 de salud. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice Plus (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 Plus (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 su conserje de atención médica para obtener información sobre cómo hacerlo (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este folleto).
 - *O* puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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 3 Plazo para el cambio 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 2019.

¿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, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos 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 la Sección 2.3 del Capítulo 10 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 2019 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) entre el 1.º de enero hasta el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia en seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el Programa estatal de asistencia en seguros de salud (SHIP) se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud 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 HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas y problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP), visite su sitio web (<http://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/>).

SECCIÓN 5 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.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir “Ayuda Adicional” 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:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda desde el programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con programas denominados Programa de cuidado médico del riñón del estado de Texas (KHC) y Programa de medicamentos para el VIH de Texas 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 Programa estatal de asistencia en seguros de salud (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 Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (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 Programa de medicamentos para el VIH de Texas (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 6 Preguntas

Sección 6.1 Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice Plus (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame a su conserje de atención médica al 1-877-374-7993. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central, y desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora central.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2019 (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 2019. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2019 para Care N' Care Choice Plus (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 cubiertos y medicamentos con receta. Se le enviará por correo postal una copia de la *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en <http://www.cnchealthplan.com>. 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 6.2 Cómo recibir 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), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle 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 los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019)

Puede leer el *Manual Medicare & You 2019* (Medicare y Usted 2019). 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 (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.