

Aviso anual de cambios para 2023

Care N' Care Choice Plus (PPO) H6328-002



1-877-374-7993 (TTY 711) desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central, o desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora estándar central.



YourTeam@cnchealthplan.com



cnchealthplan.com

care@care

Insurance Company, Inc.

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

Aviso Anual de Cambios para 2023

Actualmente está inscrito como miembro de Care N' Care Choice Plus (PPO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para ver un resumen de costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o normas, revise la *Evidencia de Cobertura*, que está en nuestro sitio web, www.cnchealthplan.com. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

- **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.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan cubiertos.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas farmacias, se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: obtenga información sobre otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) del sitio web www.medicare.gov/plan-compare o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023).
- 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 de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2022, seguirá en Care N' Care Choice Plus (PPO).
- Puede cambiar a **otro plan** desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2023**. Esto finalizará su inscripción en Care N' Care Choice Premium.
- Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en forma gratuita en español. This document is available for free in Spanish.
- 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 5 p. m., hora central.
- Esta información está disponible en distintos formatos, incluidos en 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 de 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). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Care N' Care Choice Plus (PPO)

- Care N' Care Insurance Company, Inc. 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 documento 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 Plus (PPO).

Aviso Anual de Cambios para 2023
Índice

Resumen de costos importantes para 20234

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....6

 Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual..... 6

 Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo 6

 Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias 7

 Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos 7

 Sección 1.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D 15

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir18

 Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice Plus (PPO)..... 18

 Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan 19

SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan19

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....20

SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta20

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?22

 Sección 6.1 – Obtener ayuda de Care N' Care Choice Plus (PPO) 22

 Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare 22

Resumen de costos importantes para 2023

En la siguiente tabla, se comparan los costos para 2022 y 2023 de Care N' Care Choice Plus (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de costos.**

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | \$55 | \$53 |
| Monto máximo 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: \$3,500. De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$7,000. | De proveedores de la red: \$3,800. De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950. |
| Visitas al consultorio del médico | <u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$10 por consulta. Consultas a especialistas: Copago de \$25 por consulta. <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$40 por consulta. Consultas a especialistas: Copago de \$50 por consulta. | <u>Dentro de la red</u> Consultas de atención primaria: copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$25 por consulta. <u>Fuera de la red</u> Consultas de atención primaria: Copago de \$20 por consulta. Consultas a especialistas: Copago de \$50 por consulta. |
| Hospitalizaciones | <u>Dentro de la red</u> Días 1 a 6: Copago de \$250 por día. Días 7 a 90: Copago de \$0 por día. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 25% por este beneficio. | <u>Dentro de la red</u> Días 1 a 5: Copago de \$250 por día. Días 6 a 90: Copago de \$0 por día. <u>Fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio. |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|--|
| <p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p> <p>Insulinas seleccionadas Nota: Este costo compartido se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayude a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”).</p> | <p>Deducible: \$0 Copago por un suministro para 30 días durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$2. • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$12. • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$45. • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$95. • Nivel 5 de medicamentos: coseguro del 33%. • Insulinas seleccionadas: copago de \$35 por un suministro para 30 días en una farmacia minorista; copago de \$70 por un suministro para 90 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. | <p>Deducible: \$0 Copago por un suministro para 30 días durante la etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: copago de \$2. • Nivel 2 de medicamentos: copago de \$12. • Nivel 3 de medicamentos: copago de \$45. • Nivel 4 de medicamentos: copago de \$97. • Nivel 5 de medicamentos: coseguro del 33%. • Insulinas seleccionadas: copago de \$35 por un suministro para 30 días en una farmacia minorista; copago de \$70 por un suministro para 100 días en una farmacia minorista o de pedido por correo. |
| <p>Para averiguar qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente en www.cnchealthplan.com/pharmacy-information-2023/. 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 portada posterior de este folleto).</p> | | |

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

Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare). | \$55 | \$53 |
| Prima del beneficio dental opcional | \$26 | \$25 |

- 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 tiene ingresos más altos, 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 recibe “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 sobre “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo 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 | 2022 (este año) | 2023 (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 dentro 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 se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo. | \$3,500 | \$3,800 Una vez que haya pagado \$3,800 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 | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</p> <p>Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red se consideran 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 se consideran para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios médicos.</p> | \$7,000 | \$8,950 |

Sección 1.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los directorios actualizados también se encuentran en nuestro sitio web, www.cnchealthplan.com. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre proveedores/farmacias, o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo postal.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el *Directorio de proveedores/farmacias de 2023* 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 forman parte de su plan. Si se produce un cambio de nuestros proveedores a mitad de año que lo afecta, comuníquese con Servicios para miembros para que podamos ayudarlo.

Sección 1.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Realizaremos cambios en los costos y beneficios de determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe estos cambios.

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---------------------------------------|--|---|
| Servicios adicionales de telemedicina | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$10 por servicios de PCP.</p> <p>Copago de \$40 por especialistas en salud mental.</p> | <p>Dentro de la red:</p> <p>Copago de \$0 por servicios de PCP.</p> <p>Copago de \$25 por servicios de alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, otorrinolaringólogo (ENT)/otorrinolaringología,</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|--|
| | | ginecología, obstetricia/ginecología, atención de enfermedades infecciosas, nefrología, neurología, oftalmología. |
| Servicios de ambulancia: beneficios cubiertos por Medicare | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$225 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$225 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$275 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$275 por este beneficio.</p> |
| Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC) | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$175 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago máximo de \$275 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$150 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$275 por este beneficio.</p> |
| Suministros para la diabetes | <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro mínimo del 0% por este beneficio. Usted paga un coseguro máximo del 20% por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 20% por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un coseguro mínimo del 0% por este beneficio. Usted paga un coseguro máximo del 20% por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> |
| Atención de emergencia | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$90 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$100 por este beneficio.</p> |
| Beneficio de acondicionamiento físico | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$30 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio.</p> <p>Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| Hospitalización aguda cubierta por Medicare | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 6: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 7 a 90: Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 25% por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> |
| Hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: \$1500 por estadía.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 5: Usted paga un copago de \$250 por día. Días 6 a 90: Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> |
| <p>Beneficio de comidas por afecciones crónicas</p> <p>Los miembros que reciben servicios de administración de la atención por determinadas afecciones crónicas pueden ser elegibles para recibir comidas saludables como parte de un programa supervisado para hacer la transición a una modificación del estilo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las afecciones crónicas elegibles incluyen SIDA, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, hipertensión y enfermedad renal crónica (CKD). Los beneficiarios pueden recibir un máximo de 3 comidas saludables por día durante 2 semanas como máximo por año por afección. | Sin cobertura. | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted no paga nada por este beneficio.</p> <p>Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Beneficio de comidas después del alta Inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización, los beneficiarios pueden recibir 3 comidas por día durante 2 semanas como máximo, por hasta 2 altas por año.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i> Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Fuera de la red: Usted paga un copago de \$30 por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i> Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Fuera de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.</p> |
| <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare</p> | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Fuera de la red: Usted paga un coseguro mínimo del 20% por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Fuera de la red: Usted paga un coseguro mínimo del 30% por este beneficio.</p> |
| <p>Pruebas para procedimientos de diagnóstico cubiertas por Medicare</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i> Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$5 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$125 por este beneficio. Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$10 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$175 por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i> Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$50 por este beneficio. Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$50 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$175 por este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|---|
| Servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$5 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$175 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$75 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$200 por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$150 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$75 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$200 por este beneficio.</p> |
| Servicios de laboratorio cubiertos por Medicare | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$5 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$10 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$15 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$25 por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$10 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$15 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$25 por este beneficio.</p> |
| Servicios especializados de salud mental: sesiones grupales cubiertas por Medicare | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |
| Servicios especializados de salud mental: sesiones individuales cubiertas por Medicare | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|---|
| | <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |
| <p>Productos de venta libre</p> | <p>Dentro de la red: Hay una asignación de \$30 cada tres meses.</p> <p>Fuera de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Hay una asignación de \$30.</p> | <p>Dentro de la red: Hay una asignación de \$60 cada tres meses.</p> <p>Fuera de la red: Usted no paga nada por este beneficio. Hay una asignación de \$60. Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.</p> |
| <p>Servicios de otros profesionales de atención médica</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$10 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$40 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$50 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$40 por este beneficio. Usted paga un copago máximo de \$50 por este beneficio.</p> |
| <p>Servicios hospitalarios para pacientes externos</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$200 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$350 por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$275 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$350 por este beneficio.</p> |
| <p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos: sesiones grupales</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|--|---|
| Servicios por abuso de sustancias para pacientes externos: sesiones individuales | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |
| Servicios de médicos de atención primaria | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$10 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$40 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$20 por este beneficio.</p> |
| Servicios de psiquiatría: sesiones grupales | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |
| Servicios de psiquiatría: sesiones individuales | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$40 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$55 por este beneficio.</p> |
| Servicios de fisioterapia y terapia del habla | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$45 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$15 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$45 por este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|--|---|--|
| <p>Tecnologías de acceso remoto (línea directa de atención de enfermería)</p> | <p>Beneficio sin cobertura.</p> | <p>Dentro de la red: Usted no paga nada por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago mínimo de \$0 por este beneficio.</p> <p>Debe utilizar un proveedor preferido para este beneficio.</p> |
| <p>Estadía en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) cubierta por Medicare</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0. Días 21 a 100: Usted paga un copago de \$184 por día.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 35% por este beneficio.</p> | <p><i>Estos servicios pueden requerir autorización previa</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 20: Usted paga un copago de \$0. Días 21 a 50: Usted paga un copago de \$184 por día. Días 51 a 100: Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> |
| <p>Texas Health Care at Home Los servicios hospitalarios en el hogar permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y en el hogar. La atención comienza después de que se lo evalúe, se determine que es elegible y un médico hospitalista lo remita. El médico hospitalista tendrá en cuenta sus criterios de elegibilidad, incluidas sus afecciones médicas y su ubicación geográfica. Si el médico hospitalista aprueba al paciente, el empleado de admisiones llevará a cabo un examen de seguridad del paciente para ver si el hogar del paciente es seguro tanto para el paciente como para los proveedores que brindarán atención al paciente en su hogar. El examen de seguridad evalúa cuestiones de seguridad, como la presencia de un cuidador en el hogar, los posibles riesgos de caídas, el agua</p> | <p>Sin cobertura.</p> | <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p> <p>Dentro de la red: Días 1 a 5: copago de \$250. Días 6 a 90: copago de \$0.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un coseguro del 30% por este beneficio.</p> |

| Costo | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>corriente, la cobertura de telefonía móvil fiable, etc. Si un paciente pasa el examen de seguridad, se lo puede admitir en el programa, siempre y cuando el paciente preste su consentimiento.</p> <p>Recibirá tratamiento y seguimiento en su hogar por parte de un equipo de proveedores.</p> <p>Las afecciones que son elegibles para su tratamiento con este beneficio pueden ser: asma, bronquitis y otros diagnósticos del sistema respiratorio; insuficiencia cardíaca y choque; neumonía simple y pleuritis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); celulitis; infecciones renales y de las vías urinarias (UTI).</p> | | |
| <p>Servicios de urgencia</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$30 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$30 por este beneficio.</p> | <p>Dentro de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> <p>Fuera de la red: Usted paga un copago de \$25 por este beneficio.</p> |

Sección 1.5 – 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 incluye muchos de los medicamentos que cubriremos el próximo año, *pero no todos*. Si no encuentra su medicamento en la lista, podría igualmente estar cubierto. **Para obtener la Lista de medicamentos completa**, llame al Equipo de experiencia al cliente (consulte la portada posterior) o visite nuestro sitio web (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.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos realizar otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considere que no son seguros o que un fabricante de productos retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para averiguar qué opciones tiene, como, por ejemplo, pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

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”), **la información sobre los costos de medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse a su caso.** Le hemos enviado un folleto 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 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 brinda información sobre la cobertura de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este folleto antes del 30 de septiembre de 2022, llame al Equipo de experiencia al cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

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).

Cambios en la etapa del deducible

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|---|---|---|
| Etapa 1: Etapa del deducible anual | Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso. | Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a su caso. Care N' Care Choice Plus (PPO) no tiene deducibles para insulinas seleccionadas. Esta etapa de pago no se aplica a su caso. |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (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 por un suministro para un mes (30 días) cuando surte sus medicamentos con receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo, en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos o de medicamentos con receta de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</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 surte el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$12 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga un copago de \$95 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga un coseguro del 33% del costo total.</p> | <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando surte el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga un copago de \$2 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos genéricos: Usted paga un copago de \$12 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Usted paga un copago de \$45 por medicamento con receta.</p> <p>Medicamentos no preferidos: Usted paga un copago de \$97 por medicamento con receta.</p> <p>Nivel de medicamentos especializados: Usted paga un coseguro del 33% del costo total.</p> |

| Etapa | 2022 (este año) | 2023 (próximo año) |
|-------|---|--|
| | <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga un copago de \$35 por un suministro para 30 días en una farmacia minorista. Usted paga un copago de \$70 por 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> | <p>Insulinas seleccionadas: Usted paga un copago de \$35 por un suministro para 30 días en una farmacia minorista. Usted paga un copago de \$70 por 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 \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura). Care N' Care Choice Plus (PPO) ofrece una cobertura adicional para el período sin cobertura para insulinas seleccionadas. Durante la Etapa del período sin cobertura, el costo que paga de su bolsillo por insulinas seleccionadas será un copago de \$35 por un suministro para un mes en una farmacia minorista.</p> |

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame al Equipo de experiencia al cliente para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que se encuentre.

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1 – Si quiere permanecer en Care N' Care Choice Plus (PPO)

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

Sección 2.2 – Si quiere cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2023, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *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 1.1 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, use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, debe inscribirse en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice Plus (PPO).
- Para **cambiar 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 **cambiar 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. Comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - *O BIEN*, llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Plazo para cambiar de plan

Si desea cambiar a otro plan 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 2023.

¿Puedo realizar un cambio en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, que tienen o dejan de tener cobertura de su empleador, y las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Nota: Si se encuentra en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2023 y no está satisfecho con el plan que eligió, 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 2023.

Si se ha mudado recientemente, vive actualmente o acaba de salir de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento.

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 independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se denomina Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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 Programa de Asesoramiento y Defensa para Seguros de Salud (HICAP) pueden ayudarlo con las preguntas o problemas que tenga con respecto a Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cambiar 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 (hhs.texas.gov/services/health/medicare).

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 usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas 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. Para saber si califica, llame:

- al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/los 7 días de la semana;
- a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m., para hablar con un representante. Hay mensajes automatizados disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- a la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas cuenta con programas denominados Programa de Atención Médica del Riñón del Estado de Texas (Texas Kidney Health Care Program, 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 al Programa de Asistencia en Seguros de Salud de su estado.
- **Ayuda con los costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH esenciales. Las personas deben cumplir ciertos criterios, lo que incluye mostrar una constancia de residencia en el estado y condición de VIH, tener ingresos bajos según la definición del estado, y la condición de no tener seguro o estar infraasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (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 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1 – Obtener ayuda de Care N' Care Choice Plus (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* para 2023 (describe con 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 2023. Para obtener información, consulte la *Evidencia de Cobertura* para 2023 de 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 servicios y medicamentos con receta cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, www.cnchealthplan.com/search. También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente y solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web, 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/farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 6.2 – Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

Visite el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Allí dispone de información sobre el costo, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare & You* 2023 (Medicare y Usted 2023)

Lea el manual *Medicare & You 2023* (Medicare y Usted 2023). 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 documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) 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.

Texto en múltiples idiomas

Servicios de interpretación en múltiples idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-877-374-7993 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-877-374-7993 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-877-374-7993 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-374-7993 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-877-374-7993 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmeterservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-374-7993 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-374-7993 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-877-374-7993 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة لديك تتعلق بخططنا الصحية أو جدول الدواء. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-7993 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه الخدمة المجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-877-374-7993 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-877-374-7993 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-877-374-7993 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-374-7993 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-877-374-7993 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-877-374-7993 (TTY: 711)にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサービスです。