

# Aviso anual de cambios 2024

Care N' Care Choice MA-Only (PPO) H6328-005



**1-877-374-7993 (TTY 711)** 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 estándar 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 estándar central.



[YourTeam@cnhealthplan.com](mailto:YourTeam@cnhealthplan.com)



[cnhealthplan.com](http://cnhealthplan.com)

**care@care**  
Insurance Company, Inc.

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

### **Aviso anual de cambios para 2024**

*En la actualidad, está inscrito como miembro de Care N' Care Choice MA-Only (PPO). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 4 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 reglas, revise la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com). También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una Evidencia de cobertura.

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

#### **Qué hacer ahora**

##### **1. PREGUNTE:** qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
- Evalúe si está satisfecho con nuestro plan.

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

- Consulte 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](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024).
- Una vez que limite su elección 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 antes del 7 de diciembre de 2023, permanecerá en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
- Para cambiarse a un **plan diferente**, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2024**. Esto finalizará su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
- 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 de forma gratuita en inglés. 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 8:00 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 llamada es gratuita.
- Esta información está disponible en distintos formatos, tamaño de letra grande y en inglés. Llame a su Equipo de experiencia al cliente al número que figura arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura según este plan califica como Cobertura de salud calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Costo (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información.

### Acerca de Care N' Care Choice MA-Only (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”, significa Care N' Care Insurance Company. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
-

## ***Aviso anual de cambios para 2024*** **Índice**

<b>Resumen de costos importantes para 2024.....</b>	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año .....</b>	<b>7</b>
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual .....	7
Sección 1.2: Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo .....	7
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	8
<b>SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>19</b>
Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).....	19
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan .....	19
<b>SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .....</b>	<b>20</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta.....</b>	<b>21</b>
<b>SECCIÓN 6 Preguntas .....</b>	<b>22</b>
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (PPO).....	22
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare .....	22



**Resumen de costos importantes para 2024**

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y 2024 para Care N' Care Choice MA-Only (PPO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que solo se trata de un resumen de costos.**

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
<p><b>Prima mensual del plan</b></p> <p>*Su prima puede superar este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.</p>	\$0	\$0
<p><b>Montos máximos que paga de su bolsillo</b></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: \$2,500</p> <p>De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$5,100</p>	<p>De proveedores de la red: \$2,500</p> <p>De proveedores dentro de la red y fuera de la red combinados: \$5,100</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: copago de \$10 por consulta</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Consultas de atención primaria: copago de \$20 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: copago de \$20 por consulta</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Consultas de atención primaria: \$0 por consulta</p> <p>Consultas al especialista: copago de \$10 por consulta</p> <p><b><u>Fuera de la red</u></b></p> <p>Consultas de atención primaria: copago de \$20 por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: copago de \$20 por consulta</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 a 5.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p>

<b>Costo</b>	<b>2023 (este año)</b>	<b>2024 (próximo año)</b>
	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90.	<b><u>Fuera de la red</u></b> Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90.

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

**Sección 1.1: Cambios en la prima mensual**

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima de la Parte B</b>	Care N' Care reducirá a \$10 por mes su prima mensual de la Parte B.	No se ofrece
<b>Prima del beneficio dental opcional</b>	\$25	No se ofrece (consulte Servicios dentales [rutina] en la Sección 1.4).

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

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red</b> Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$2,500	\$2,500 Una vez que haya pagado \$2,500 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</b></p> <p>Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo combinado. La prima de su plan no se tiene en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p>	\$5,100	<p>\$5,100</p> <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores dentro de la red y fuera de la red.</p>

### Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com). También puede llamar a su Equipo de experiencia al cliente para obtener información actualizada sobre proveedores o farmacias, o para pedirnos que le enviemos un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el *Directorio de proveedores de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están 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 su Equipo de experiencia al cliente 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura (beneficio cubierto por Medicare únicamente; beneficio a través de American Specialty Health)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p>	<p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Usted paga un copago de \$55 por consulta.</p>
<p>Servicios de telemedicina adicionales</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta por los servicios de un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta por los servicios especializados de salud mental individuales o grupales.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta por los servicios de un médico especialista limitado a alergia e inmunología, cardiología, dermatología, endocrinología, ENT/otorrinolaringología, ginecología, obstetricia/ginecología, enfermedades infecciosas, nefrología, neurología y oftalmología.</p> <p>Otros beneficios cubiertos por Medicare que no figuran en la lista no están cubiertos con los servicios de telemedicina adicionales.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Sin cobertura</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta por los servicios de un médico de atención primaria (incluidos otros profesionales de atención médica que actúan como médicos de atención primaria) y los servicios de urgencia.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta por los servicios psiquiátricos o de salud mental individuales o grupales.</p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta por los servicios de un médico especialista (incluidos otros profesionales de atención médica que actúan como médico especialista).</p> <p>Otros beneficios cubiertos por Medicare que no figuran en la lista no están cubiertos con los servicios de telemedicina adicionales.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Sin cobertura</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios dentales (servicios cubiertos por Medicare) (enfermedad, lesión o deterioro que puede afectar la salud bucal o general a través de CNC)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por consulta.</p>
<p>Servicios dentales (rutina) (beneficio complementario a través de DentaQuest)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos de rutina.</p> <p>Se ofrece una cláusula complementaria opcional de beneficios dentales que incluye servicios dentales integrales por una prima mensual adicional de \$25.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos de rutina.</p> <p>Se ofrece una cláusula complementaria opcional de beneficios dentales que incluye servicios dentales integrales por una prima mensual adicional de \$25.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 hasta un beneficio máximo de \$1,000 por servicios dentales preventivos e integrales combinados. Una vez que se alcanza el beneficio máximo, usted paga el 100% del costo del reclamo.</p> <p><u>No</u> se ofrece la cláusula opcional de beneficio dental complementario.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por el monto permitido dentro de la red para servicios dentales preventivos e integrales combinados hasta el beneficio máximo de \$1,000. Una vez que se alcanza el beneficio máximo, usted paga el 100% de los costos del reclamo.</p> <p>Los servicios fuera de la red se basan en el monto permitido dentro de la red. Su proveedor puede cobrarle la</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		diferencia entre el monto permitido y el monto facturado.  <u>No</u> se ofrece la cláusula opcional de beneficio dental complementario.  <i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i>
Suministros para pruebas de azúcar en sangre para diabéticos	<p><b>Dentro de la red:</b></p> Usted paga desde un copago de \$0 hasta un coseguro del 20% por los suministros para pruebas de azúcar en sangre para diabéticos. <p><b>Fuera de la red:</b></p> Usted paga un coseguro del 30% por los suministros para pruebas de azúcar en sangre para diabéticos.	<p><b>Dentro de la red:</b></p> Usted paga un copago de \$0 por los suministros para pruebas de azúcar en sangre para diabéticos. <p><b>Fuera de la red:</b></p> Usted paga un coseguro del 30% por los suministros para pruebas de azúcar en sangre para diabéticos.
Procedimientos y pruebas de diagnóstico	<p><b>Dentro de la red:</b></p> Usted paga un copago de \$50 por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga un copago de \$50 por una mamografía de diagnóstico. <p><b>Fuera de la red:</b></p> Usted paga un copago de \$150 por una colonoscopia de diagnóstico.	<p><b>Dentro de la red:</b></p> Usted paga un copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga un copago de \$0 por una mamografía de diagnóstico. <p><b>Fuera de la red:</b></p> Usted paga un copago de \$150 por una colonoscopia de diagnóstico.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Usted paga un copago de \$150 por una mamografía de diagnóstico.	Usted paga un copago de \$150 por una mamografía de diagnóstico.
Servicios de audición: audífonos (beneficio complementario a través de TruHearing)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$699 por audífono Advanced.                      Usted paga un copago de \$999 por audífono Premium.</p> <p>El audífono Standard <u>no</u> está cubierto.</p> <p>(Beneficio limitado a un audífono por oído por año)</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$499 por audífono Standard.                      Usted paga un copago de \$699 por audífono Advanced.                      Usted paga un copago de \$999 por audífono Premium.</p> <p>(Beneficio limitado a un audífono por oído por año)</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>
Servicios de audición: exámenes auditivos de rutina (Beneficio complementario a través de TruHearing)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por examen (un examen por año).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen (un examen por año).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>
Atención médica en el hogar	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p>



Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados (agudos)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 a 5.                      Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.                      Usted paga un copago de \$0 por día para los días 91 en adelante (beneficio complementario). *</p> <p>*Este beneficio complementario dentro de la red no cubierto por Medicare está incluido en los cálculos del monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90. Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 91 en adelante (beneficio complementario).*</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 a 5.                      Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.                      Usted paga un copago de \$0 por día para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90. Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>*Este beneficio complementario fuera de la red no cubierto por Medicare está incluido en el cálculo de monto máximo combinado dentro de la red y fuera de la red que paga de su bolsillo (MOOP).</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$1500 por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico <u>no</u> están cubiertos después de 90 días.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$1500 por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por estadía para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Artículos de venta libre (OTC) (beneficio a través de Medline)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por artículos de OTC. Usted recibe \$40 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor preferido para este beneficio.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por artículos de OTC. Usted recibe \$75 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor preferido para este beneficio.</p>
<p>Médico de servicios psiquiátricos (sesiones individuales/grupales)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por consulta.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por consulta.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET) para servicios de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		Usted paga un copago de \$20 por consulta.
Texas Health Care at Home	<p>Los servicios hospitalarios en el hogar permiten prestar determinados servicios de atención médica fuera de un entorno hospitalario tradicional y en el hogar.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 para los días 1 a 5.          Usted paga un copago de \$0 para los días 6 a 90.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por día para los días 1 a 90.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p>Los servicios cubiertos por Medicare según el diseño de beneficios de Texas Health Care at Home se seguirán brindando de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen “Atención hospitalaria para pacientes internados” y “Agencias de atención médica en el hogar”. Consulte estas secciones de beneficios en la Evidencia de cobertura para obtener más detalles.</p> <p><b><u>Dentro de la red:</u></b></p> <p>Atención hospitalaria para pacientes internados:          Usted paga un copago de \$50 por día para los días 1 a 5.          Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.          Usted paga un copago de \$0 por día para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p>Agencia de atención médica en el hogar: No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios brindados por agencias de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Atención hospitalaria para pacientes internados: Usted paga un coseguro del 10% por día para los días 1 a 90. Usted paga un coseguro del 10% por día para los días 91 en adelante.</p> <p>Agencia de atención médica en el hogar: Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p>Atención de la vista                      (Beneficio complementario a través de EyeMed)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos recetados. Su beneficio se limita a una asignación de \$150 para la compra de anteojos cubiertos.</p> <p>Los lentes de contacto necesarios por razones médicas <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Este beneficio complementario dentro de la red no cubierto por Medicare está incluido en los cálculos del monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por anteojos recetados. Su beneficio se limita a una asignación de \$150 para la compra de anteojos cubiertos.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por lentes de contacto necesarios por razones médicas.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$35 por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por anteojos recetados. Su beneficio se limita a un reembolso máximo de \$150 para la compra de anteojos cubiertos.</p> <p>Los lentes de contacto necesarios por razones médicas <u>no</u> están cubiertos.</p> <p>Este beneficio complementario fuera de la red no cubierto por Medicare está incluido en el cálculo de monto máximo combinado dentro de la red y fuera de la red que paga de su bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted tiene un límite máximo de reembolso de \$50 para un examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted tiene un límite máximo de reembolso de \$150 para la compra de anteojos cubiertos.</p> <p>Usted tiene un límite máximo de reembolso de \$210 para la compra de lentes de contacto necesarios por razones médicas.</p>
Consultas para radiografías	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta en cualquier centro dentro de la red.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$10 por consulta (a excepción de un centro para pacientes ambulatorios).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$25 por consulta.</p> <p><i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Usted paga un copago de \$25 por consulta en un centro para pacientes ambulatorios.  <i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i>	

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

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

### Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que el próximo año siga siendo miembro de nuestro plan, pero si desea cambiar en 2024, 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. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se podría aplicar una multa por inscripción tardía de 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024), llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

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 cambiarse a otro plan de salud de Medicare, debe inscribirse en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).

- Para  **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice MA-Only (PPO).
- Para  **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con el Equipo de experiencia al cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - *O bien*, 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 cambiarse 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 2024.

#### ¿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 tienen “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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2024 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 y el 31 de marzo de 2024.

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 (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 (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 HICAP pueden ayudarle con las preguntas o problemas que tenga con respecto a Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre los cambios de plan. Puede llamar al HICAP al 1-800-252-9240. Para obtener más información sobre el HICAP, visite su sitio web ([hhs.texas.gov/services/health/medicare](https://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 tener “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, las personas que reúnan los requisitos no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
  - 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 Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 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 bien,
  - 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 (KHC) y Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (THMP), que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la ayuda con los costos compartidos de medicamentos con receta a través del THMP. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen 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.
- Si usted está actualmente inscrito en un ADAP, este programa puede continuar ofreciéndole asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario de ADAP. Para asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifiquele al encargado de inscripción del ADAP sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Puede comunicarse con el THMP llamando al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice MA-Only (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Equipo de experiencia al cliente al 1-877-374-7993. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). 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. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### Lea su *Evidencia de cobertura* de 2024 (describe en detalle 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 2024. Para obtener más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* para Care N' Care Choice MA-Only (PPO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe cumplir para obtener sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](http://www.cnchealthplan.com). También puede llamar al Equipo de experiencia al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en [www.cnchealthplan.com](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*).

### 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

Visite el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov](http://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](http://www.medicare.gov/plan-compare).

#### Lea *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024)

Puede leer el manual *Medicare & You 2024* (Medicare y Usted 2024). Todos los años en otoño, se envía este documento 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 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) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

**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 Dolmetscherservice 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 답해 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 تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم (TTY: 711) 1-877-374-7993 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-xxx-xxx-xxxx] بمساعدتك. هذه خدمة مجانية شخص ما يتحدث العربية.

**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。