

# Aviso anual de cambios 2024

Care N' Care Choice (PPO) H6328-003



**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@cnchealthplan.com](mailto:YourTeam@cnchealthplan.com)



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



## Care N' Care Choice (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 (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 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).
  - 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.
- Consulte los cambios en la “Lista de medicamentos” de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente sigan cubiertos.
- Consulte si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas farmacias, 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 (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 (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 (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 (PPO).

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

**Resumen de costos importantes para 2024 ..... 5**

**SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año ..... 7**

    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 las redes de proveedores y farmacias ..... 8

    Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 8

    Sección 1.5: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D..... 21

**SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir..... 24**

    Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice (PPO) ..... 24

    Sección 2.2: Si desea cambiar de plan ..... 24

**SECCIÓN 3 Plazo para el cambio de plan..... 25**

**SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare ..... 25**

**SECCIÓN 5 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ..... 26**

**SECCIÓN 6 Preguntas ..... 27**

    Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice (PPO)..... 27

    Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 27

**Resumen de costos importantes para 2024**

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

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan*</b> * 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> 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: \$4,200 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950</p>	<p>De proveedores de la red: \$4,300 De proveedores de la red y fuera de la red combinados: \$8,950</p>
<p><b>Visitas al consultorio del médico</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Consultas de atención primaria: copago de \$0 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$35 por consulta <b><u>Fuera de la red</u></b> Consultas de atención primaria: copago de \$25 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$70 por consulta</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Consultas de atención primaria: \$0 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$35 por consulta <b><u>Fuera de la red</u></b> Consultas de atención primaria: copago de \$25 por consulta Consultas a especialistas: copago de \$45 por consulta</p>
<p><b>Hospitalizaciones</b></p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$250 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p>	<p><b><u>Dentro de la red</u></b> Usted paga un copago de \$225 por día para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 por día para los días 6 a 90.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 35% por día para los días 1 a 90.</p>	<p><b><u>Fuera de la red</u></b>                      Usted paga un coseguro del 35% por día para los días 1 a 90.</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 1.5 para obtener detalles).</p>	<p>Deducible: \$0                      Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: copago de \$4</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: copago de \$14</li> <li>• Medicamento de Nivel 3: copago de \$47</li> </ul> <p>*Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: copago de \$100</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos cubiertos.</li> <li>• Para cada medicamento con receta, usted debe pagar el que sea mayor: un pago igual al 5% del costo del medicamento (esto se denomina <b>coseguro</b>) o un copago (\$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como genérico, y \$10.35 para el resto de los medicamentos).</li> </ul>	<p>Deducible: \$0                      Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 1: copago de \$4</li> <li>• Medicamento de Nivel 2: copago de \$12</li> <li>• Medicamento de Nivel 3: copago de \$47</li> </ul> <p>*Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamento de Nivel 4: copago de \$100</li> <li>• Medicamento de Nivel 5: coseguro del 33%</li> </ul> <p>Cobertura en situaciones catastróficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no paga nada.</li> </ul>

## 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>Prima del beneficio dental opcional</b>	\$25	No se ofrece (consulte Servicios dentales [rutina] en la Sección 1.4).

- Su prima mensual del plan será *mayor* si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, equivalente a la cobertura para 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.

### 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 dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Los costos de los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.	\$4,200	\$4,300 Una vez que haya pagado \$4,300 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Monto máximo que paga de su bolsillo combinado</b>                      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. Los costos de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios médicos.</p>	\$8,950	\$8,950  Una vez que haya pagado \$8,950 de su bolsillo por los servicios cubiertos, no pagará nada más durante el resto del año calendario por los servicios cubiertos de proveedores de la red o fuera de la red.

### Sección 1.3: Cambios en las redes de proveedores y farmacias

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/farmacias de 2024 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, farmacias, 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), y farmacias que son 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>                      Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$70 por consulta.</p>	<p>Usted paga un copago de \$60 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 \$35 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 <u>no</u> están cubiertos con los 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 (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 \$35 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 <u>no</u> están cubiertos con los servicios de telemedicina adicionales.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red:</b> Sin cobertura.</p>	<p><b>Fuera de la red:</b> Sin cobertura.</p>
<p>Servicios de quiropráctica</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga un copago de \$40 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$20 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> Usted paga un copago de \$60 por consulta.</p>
<p>Servicios dentales (rutina) (beneficio complementario a través de DentaQuest)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos de rutina. 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> Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales preventivos de rutina. Se ofrece una cláusula complementaria opcional de beneficios dentales que incluye servicios dentales</p>	<p><b>Dentro de la red:</b> Usted paga un copago de \$0 hasta un beneficio máximo de \$3,000 por servicios dentales preventivos e integrales combinados. Una vez que se alcanza el beneficio máximo, usted paga el 100% del costo del reclamo. <u>No</u> se ofrece la cláusula opcional de beneficio dental complementario.</p> <p><b>Fuera de la red:</b> 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 \$3,000. Una vez que se alcanza el beneficio máximo, usted paga</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>integrales por una prima mensual adicional de \$25.</p>	<p>el 100% de los costos del reclamo.                      Los servicios fuera de la red se basan en el monto permitido dentro de la red. Su proveedor puede cobrarle la diferencia entre el monto permitido y el monto facturado.</p> <p><u>No</u> se ofrece la cláusula opcional de beneficio dental complementario.  <i>Es posible que los servicios requieran autorización previa.</i></p>
<p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por una colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por una mamografía de diagnóstico.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$75 por una colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por una mamografía de diagnóstico.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por una mamografía de diagnóstico.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$75 por una colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por una mamografía de diagnóstico.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios de audición: audífonos (beneficio complementario a través de TruHearing)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$699 por audífono Advanced.</p> <p>Usted paga un copago de \$999 por audífono Premium.</p> <p>El audífono Standard <u>no</u> está cubierto. (Beneficio limitado a un audífono por oído por año)</p> <p>Este beneficio complementario dentro de la red no cubierto por Medicare está incluido en el cálculo de monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo (MOOP).</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.</p> <p>Usted paga un copago de \$699 por audífono Advanced.</p> <p>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>
<p>Servicios de audición: exámenes auditivos de rutina (beneficio complementario a través de TruHearing)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por examen (un examen por año).</p> <p>Este beneficio complementario dentro de la red no cubierto por Medicare está incluido en el cálculo de monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo (MOOP).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por examen (un examen por año).</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>	<p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>No disponible. Debe usar un proveedor de TruHearing.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes internados (agudos)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$250 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>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 35% por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Usted paga un coseguro del 35% por estadía para los días 91 en adelante (beneficio complementario). *</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</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$225 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>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 35% por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Usted paga un coseguro del 35% 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>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>                      Usted paga un copago de \$250 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>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un coseguro del 35% 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><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$225 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>Usted paga un copago de \$0 por día para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><b>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un coseguro del 35% por estadía para los días 1 a 90.</p> <p>Usted paga un coseguro del 35% por estadía para los días 91 en adelante (beneficio complementario).</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p>Servicios especializados de salud mental                      (Servicios proporcionados por psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos con licencia estatal y otros profesionales)</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$25 por cada consulta de terapia individual o grupal.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>autorizados por el estado para brindar servicios de salud mental).</p>	<p><b>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$60 por cada consulta de terapia individual o grupal.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$60 por cada consulta de terapia individual o grupal.</p>
<p>Otros servicios de profesionales de atención médica                      (Enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de atención médica no médico según lo permita Medicare).</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$0 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico especialista.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$25 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$70 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico especialista.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$0 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico especialista.</p> <p><b>Fuera de la red:</b>                      Usted paga un copago de \$25 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$45 por consulta por otros servicios profesionales de atención médica en el consultorio de un médico especialista.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$275 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$350 por consulta. <i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$350 por consulta. <i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
<p>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$275 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$350 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$200 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$350 por consulta.</p>
<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 \$60 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 \$90 cada trimestre (3 meses) para gastar en artículos de OTC aprobados por el plan.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		No disponible. Debe usar un proveedor preferido para este beneficio.
Médico especialista	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$70 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$35 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$45 por consulta.</p>
Médico de servicios psiquiátricos (sesiones individuales/grupales)	<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 \$60 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 \$60 por consulta.</p>
Terapia de ejercicio supervisada (SET) para servicios de enfermedad arterial periférica sintomática (PAD)	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$15 por consulta.</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p><b>Fuera 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 \$25 por consulta.</p>
<p>Texas Health Care at Home</p>	<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>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$250 para los días 1 a 5. Usted paga un copago de \$0 para los días 6 a 90.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un coseguro del 35% 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 \$225 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</p>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
		<p>en el hogar cubiertos por Medicare.</p> <p><b><u>Fuera de la red:</u></b></p> <p>Atención hospitalaria para pacientes internados:                      Usted paga un coseguro del 35% para los días 1 a 90.                      Usted paga un coseguro del 35% para los días 91 en adelante.</p> <p>Agencia de atención médica en el hogar:                      Usted paga un copago de \$30 por consulta.</p> <p><i>Los servicios requieren autorización previa.</i></p>
Servicios de urgencia	<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 \$25 por consulta.</p>	<p><b>Dentro de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por consulta.</p> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por consulta.</p>
Atención de la vista (Beneficio complementario a través de EyeMed)	<b>Dentro de la red:</b>	<b>Dentro de la red:</b>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<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 \$100 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>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga un copago de \$50 por un examen de la vista de rutina.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por anteojos recetados. Su beneficio se limita a un monto máximo de reembolso de \$100 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>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> <p><b>Fuera de la red:</b></p> <p>Usted paga 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>

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cobertura internacional de atención de urgencia y emergencia	<p>Usted paga un copago de \$75 por cada consulta. Cobertura limitada a \$50,000 por año para servicios internacionales de atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Este beneficio complementario no cubierto por Medicare está incluido en el cálculo de monto máximo dentro de la red que paga de su bolsillo (MOOP).</p>	<p>Usted paga un copago de \$75 por cada consulta. Cobertura limitada a \$50,000 por año para servicios internacionales de atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos.</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. **Para obtener la “Lista de medicamentos” completa**, llame al Equipo de experiencia al cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([www.cnhealthplan.com/our-plans-2024/plan-documents-2024/](http://www.cnhealthplan.com/our-plans-2024/plan-documents-2024/)).

Hicimos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que podrían incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos o trasladarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la “Lista de medicamentos” para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año, y para comprobar si existen restricciones o si su medicamento se ha trasladado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la “Lista de medicamentos” son nuevos al inicio de cada año. Sin embargo, durante el año, podremos realizar otros cambios permitidos por el reglamento de Medicare. Por ejemplo, podemos eliminar de inmediato los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (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 pedir un suministro temporal, solicitar una excepción o trabajar para buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con su Equipo de experiencia al cliente 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 enviamos un inserto separado, denominado “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), (también conocido como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider”) (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si tiene “Ayuda Adicional” y no ha recibido este inserto antes del 30 de septiembre de 2023, llame al Equipo de experiencia al cliente y solicite la “Cláusula 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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del deducible anual</b>	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.

**Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial**

<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos en esta fila son para un suministro para un mes (30 días) cuando obtiene sus medicamentos con receta en una farmacia dentro de la red que ofrece un costo compartido estándar. Si desea obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Para saber si los medicamentos estarán en un nivel diferente, búselos en la Lista de medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo alguno para usted.</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando surte el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p><b>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2, medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$14 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5, medicamentos especializados:</b> Usted paga un coseguro del 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$4,660, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Sus costos por un suministro para un mes cuando surte el medicamento en una farmacia dentro de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p><b>Nivel 1, medicamentos genéricos preferidos:</b> Usted paga \$4 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2, medicamentos genéricos:</b> Usted paga \$12 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3, medicamentos de marca preferidos:</b> Usted paga \$47 por medicamento con receta. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.</p> <p><b>Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos:</b> Usted paga \$100 por medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5, medicamentos especializados:</b> Usted paga un coseguro del 33% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de los medicamentos alcancen los \$5,030, pasará a la siguiente etapa (Etapa del período sin cobertura).</p>
---	---	---

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos (la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a la Etapa del período sin cobertura ni a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.**

**A partir de 2024, si llega a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Para obtener información específica sobre los costos durante estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura*.

## SECCIÓN 2 Cómo decidir qué plan elegir

### Sección 2.1: Si desea seguir inscrito en Care N' Care Choice (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 (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, consulte la Sección 1.1 acerca de una posible 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 (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Care N' Care Choice (PPO).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. 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:

- **“Extra Help” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para tener “Extra Help” para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, 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.
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan 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/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 THMP. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

## SECCIÓN 6 Preguntas

### Sección 6.1: Cómo recibir ayuda de Care N' Care Choice (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 para llamadas telefónicas 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 (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/farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/“Lista de medicamentos”*).

### Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

#### Visite el sitio web de Medicare

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 usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Y0107\\_24\\_080S\\_M H6328-003\\_Choice PPO](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Y0107_24_080S_M H6328-003_Choice PPO))

---

[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。