

A + B + D = C



Medicare
Advantage

2024

¿Tiene preguntas
sobre Medicare?

Ya están respondidas.

Un recurso para ayudarlo a explorar sus opciones de Medicare.

Índice

Aspectos básicos de Medicare.....	2
¿Qué es Medicare Advantage?.....	6
Etapas de cobertura de medicamentos.....	8
Cómo elegir el plan adecuado para usted.....	10
¿Está listo para inscribirse?.....	13
¿Qué sucede después?.....	14
Herramientas de inscripción.....	15
Experimente Care N' Care.....	16

Aspectos básicos de Medicare

¿Es elegible para Medicare?

Usted es elegible para Original Medicare (Partes A y B) si cumple los siguientes requisitos:

65

Tiene al menos 65 años de edad o tiene menos de 65 años y reúne los requisitos de discapacidad.

Y

Es ciudadano estadounidense o un residente legal que ha vivido en EE. UU. durante al menos cinco años consecutivos.

¿Cuándo debe inscribirse?



Mes del cumpleaños

Período de inscripción inicial (IEP): cuando cumple 65 años o es elegible para Medicare. Este período comienza tres meses antes, incluye su mes de cumpleaños y finaliza tres meses después del mes en que cumple 65 años.

En algunos casos, no es obligatorio que se inscriba durante el período de inscripción inicial. Si todavía está empleado cuando cumpla 65 años y todavía tiene la cobertura de su empleador, no es necesario que se inscriba durante el período de inscripción inicial. No estará sujeto a una multa por inscripción tardía si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) consideran que su cobertura es acreditable. La cobertura de los medicamentos con receta (Parte D) debe ser acreditable o usted puede quedar sujeto a una multa por inscripción tardía de por vida una vez que se inscriba en un plan con beneficios de la Parte D.

Aspectos básicos de Medicare

A

La Parte A de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Atención en un centro de enfermería especializada
- Atención médica en el hogar
- Cuidados paliativos
- Sangre

B

La Parte B de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Visitas en el consultorio del médico
- Atención para pacientes ambulatorios
- Equipo médico duradero
- Atención médica en el hogar
- Algunos servicios preventivos
- Medicamentos con receta bajo circunstancias específicas

Opciones de cobertura adicional

C

La Parte C de Medicare es un plan Medicare Advantage.

Cubre lo siguiente:

- La Parte A
- La Parte B
- A veces, la Parte D de Medicare
- Beneficios adicionales no cubiertos por Medicare

D

La Parte D de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Medicamentos con receta

Original Medicare independiente

A

La Parte A de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Hospitalizaciones
- Atención para pacientes internados

B

La Parte B de Medicare ayuda a cubrir lo siguiente:

- Consultas en el consultorio del médico
- Atención para pacientes ambulatorios

- Copago y coseguro pagados por usted.
- Sin cobertura de medicamentos, lo cual lo expone a multas.
- Sin monto máximo que paga de su bolsillo.

¿Necesita más cobertura? ¡Tiene opciones!



Seguro complementario de Medicare

- Le ayuda a pagar algunos de los costos que paga de su bolsillo provenientes de Original Medicare.
- Usted paga una prima mensual.
- Usted paga los copagos o coseguros de algunos servicios.



Plan de la Parte D de Medicare

- Le ayuda a pagar los medicamentos con receta.
- La mayoría de los planes tiene una prima adicional.
- Está sujeto a deducibles en algunos planes.

A

B

+ D

C

Plan Medicare Advantage

- Combina la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) en un solo plan.
- Por lo general, incluye la cobertura de medicamentos con receta.
- Puede brindarle beneficios adicionales que no son proporcionados por Original Medicare, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de acondicionamiento físico, etc.



¿Qué es Medicare Advantage?

A + **B** + **D** = **C**



Los planes Medicare Advantage:

- Tienen contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).
- NO son planes complementarios de Medicare. Los seguros complementarios son productos de seguro adicionales que se pueden comprar para utilizar con Original Medicare.
- Aún son parte de Medicare.
- Pueden brindarle beneficios adicionales que no son proporcionados por Original Medicare, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de acondicionamiento físico, etc.
- Usan compañías de seguros privadas (y no Medicare) para pagar sus servicios de atención médica y asociarse con usted en lo que refiere a ellos.



¿Es elegible para Medicare Advantage?

Usted es elegible para Medicare Advantage si cumple con lo siguiente:

1. Tiene derecho a la Parte A.

2. Está inscrito en la Parte B (puede requerir una prima).

3. Es ciudadano estadounidense o un residente legal.

4. Es un residente permanente en el área de servicio del plan.

Qué esperar cuando se une a un plan Medicare Advantage

- Continuará pagando la prima de la Parte B.
- Su plan actual puede verse afectado si se une a un plan Medicare Advantage.
- Utilizará su tarjeta de identificación de miembro de Care N' Care (CNC) para la mayoría de los servicios.
- Los planes Medicare Advantage deben cubrir todos los servicios necesarios por razones médicas que cubre Original Medicare.
- Los planes complementarios de Medicare (póliza Medigap) y de Medicare Advantage (Parte C) no son lo mismo.
- Utilizar proveedores de la red le ayudará a mantener bajos costos, según su tipo de plan (HMO/ PPO).
- Los planes Medicare Advantage ofrecen un monto máximo que paga de su bolsillo para la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (servicios médicos).
- Si se inscribe en la Parte D de forma tardía, es posible que tenga que pagar una multa.
- Un plan Medicare Advantage ofrece beneficios adicionales además de lo que Original Medicare cubre, como beneficios odontológicos, oftalmológicos, auditivos, de acondicionamiento físico, etc.
- Si está recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada por o con un contrato del plan Medicare Advantage, esta persona puede recibir un pago por comisión en función de su inscripción en el plan.

Etapas de cobertura de medicamentos

Hay cuatro etapas y es importante comprender cómo cada una afecta los costos de sus medicamentos con receta. Es posible que no pase por todas las etapas. Las personas que toman pocos medicamentos con receta pueden permanecer en la etapa de cobertura inicial. Las personas que toman muchos medicamentos, o medicamentos de alto costo, pueden pasar a la etapa del período sin cobertura y/o de cobertura en situaciones catastróficas. El ciclo de la etapa de cobertura vuelve a comenzar al principio de cada año del plan, generalmente el 1.º de enero.

Etapa 1 del deducible anual

Care N' Care no tiene deducibles en los medicamentos, por lo que esta etapa de pago no resulta aplicable a los miembros de Care N' Care.

Etapa 2 de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total del medicamento (coseguro) por cada medicamento con receta que obtenga y, luego, el plan paga el resto.

Una vez que los costos totales de sus medicamentos (el monto que paga el plan y usted u otros en su nombre) alcanzan los **\$5,030**, usted pasa a la etapa del período sin cobertura.

Etapa 3 del período sin cobertura

Durante esta etapa, usted paga no más del **25%** del costo total de los medicamentos genéricos y de marca.

Una vez que los costos que paga de su bolsillo (el monto que paga usted y otros programas u organizaciones) alcanzan los **\$8,000**, usted pasa a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Etapa 4 de cobertura en situaciones catastróficas

Durante esta etapa, usted no paga nada por cada receta que surta. El plan y Medicare pagan lo que reste hasta que finaliza el año calendario.

Usted ingresa al período sin cobertura cuando usted y su plan han pagado un total de \$5,030 por sus medicamentos en un año.

Cuando se encuentra en esta etapa, paga una parte mayor de los costos de sus medicamentos con receta que en la etapa de cobertura inicial. Saldrá del período sin cobertura solo cuando el monto total que usted y otros en su nombre hayan pagado por sus medicamentos alcance otro límite establecido de **\$8000**. Medicare establece los límites para entrar al período sin cobertura y salir de él, así como lo que cuenta para alcanzar los límites, y ambos pueden cambiar cada año.

Beneficio alternativo mejorado de la Parte D de Care N' Care

- Todos los planes de Care N' Care tendrán cobertura para el período sin cobertura para los medicamentos del Nivel 1.
- Todos los planes incluyen cobertura parcial para un período sin cobertura de los inhaladores para la EPOC seleccionados del Nivel 2 y del Nivel 3.
- Las insulinas en el formulario cuestan \$35 para un suministro de un mes y \$70 para un suministro de hasta tres meses.



Definiciones de cobertura de medicamentos

Autorización previa: el plan exige que usted o su médico obtengan una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación del plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “PA”.

Límites de cantidad: para ciertos medicamentos, el plan limita la cantidad del medicamento que estará cubierta. Por ejemplo, el plan provee 30 comprimidos por receta de Januvia, comprimidos de 100 mg. Esto puede ser un suministro adicional al suministro estándar para un mes o tres meses. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “QL”, seguido por la cantidad y el límite de suministro por día.

Solicitud de excepciones fuera del formulario: puede pedirle a su plan que cubra un medicamento, incluso si no está en el formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado y usted no podrá pedirle al plan que proporcione el medicamento a un nivel de costo compartido menor.

Tratamiento escalonado: en algunos casos, su plan puede requerir que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubra otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que el plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “ST”.

Niveles de medicamentos:

Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (este es el nivel de costo más bajo): incluye medicamentos genéricos que están disponibles al costo más bajo.

Nivel 2: medicamentos genéricos: incluye medicamentos genéricos que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 1. También incluye algunos medicamentos de marca a un costo muy bajo.

Nivel 3: medicamentos de marca preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más bajo para usted que los medicamentos en el Nivel 4.

Nivel 4: medicamentos no preferidos: incluye medicamentos genéricos y de marca que están disponibles a un costo más alto para usted que los medicamentos en el Nivel 3.

Nivel 5: medicamentos especializados (este es el nivel de costo más alto): incluye algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo.

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

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

Cómo elegir el plan adecuado para usted

Sus opciones comparadas

Beneficios y características	Medicare Advantage	Seguro complementario de Medicare (Medigap)	Original Medicare
Le brinda ayuda durante las hospitalizaciones.			
Le ayuda a pagar las visitas al consultorio.			
Servicios preventivos			
Máximo que paga de su bolsillo para ayudar a controlar los costos.			Sin protección
Cobertura internacional cuando viaja Cobertura oftalmológica de rutina			Sin cobertura
Beneficios odontológicos		Sin cobertura	Sin cobertura
Examen auditivo de rutina y cobertura de audífonos		Sin cobertura	Sin cobertura
Cobertura oftalmológica de rutina		Sin cobertura	Sin cobertura
Cobertura de medicamentos con receta		Sin cobertura	Sin cobertura

¿Cómo funciona un plan HMO?

- Usted elige un médico de atención primaria de la red que ayudará a coordinar sus necesidades de atención médica.
- Usted cuenta con una red de médicos, especialistas y centros con contrato con el plan que le brindarán servicios.
- Los acuerdos de la red contratada por el plan con los proveedores permiten al plan crear ahorros que se transfieren a usted.
- Se necesita una remisión para consultar a especialistas y recibir determinados servicios.
- Costos que paga de su bolsillo más bajos.
- Usted puede elegir otro médico de atención primaria dentro la red según sea necesario.

¿Cómo funciona un plan PPO?

- Usted cuenta con una red de médicos, especialistas y centros con contrato con el plan que le brindarán servicios.
- Puede ver los proveedores que están fuera de la red. Recuerde: los proveedores que no tienen contrato con el plan no están obligados a brindarle tratamiento, excepto en situaciones de emergencia. Los costos compartidos serán menores con proveedores dentro de la red.
- Deberá pagar más si elige utilizar proveedores fuera de la red.
- En la mayoría de las situaciones y según su especialista, no se requieren remisiones. Algunos servicios pueden requerir una autorización antes de recibir el servicio.
- El plan puede no imponer requisitos de autorización previa para los servicios fuera de la red, pero los miembros o proveedores pueden solicitar una determinación de cobertura anticipada.

Cómo elegir el plan adecuado para usted

Aspectos a tener en cuenta:



Red de proveedores

- Verifique que el médico de atención primaria acepte el plan.
- Verifique que los médicos especialistas acepten el plan.
- Verifique que las instalaciones/los hospitales acepten el plan.



Beneficios de medicamentos con receta

- ¿Es importante tener un deducible bajo o no tener deducible de la Parte D?
- ¿Es importante tener acceso a farmacias en lugares convenientes, tanto locales como nacionales?
- ¿Es importante tener un programa de pedidos por correo disponible para usted?
- ¿Es importante contar con cobertura para el período sin cobertura?
- ¿Es importante contar con copagos por medicamentos bajos?



Beneficios odontológicos, oftalmológicos y auditivos

- ¿Es importante contar con cobertura de exámenes de la vista y anteojos?
- ¿Es importante contar con una gran red de cobertura oftalmológica?
- ¿Es importante contar con cobertura de limpiezas dentales y radiografías?
- ¿Es importante contar con cobertura de audífonos?

¿Está listo para inscribirse?

Es tan fácil como contar hasta tres

1

Revise su guía de inscripción con un agente de ventas autorizado para obtener más información sobre los beneficios del plan y decidirse por el plan de salud de Care N' Care que se adapte mejor a sus necesidades.

⋮

2

Complete el formulario de inscripción.

⋮

3

Su agente de ventas autorizado entregará su formulario de inscripción a Care N' Care para que Medicare lo apruebe.

A tan solo un clic o una llamada

Llame sin cargo al 1-877-905-9209 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes; o bien, visite nuestro sitio web cnhealthplan.com/enroll para inscribirse.

¿Qué sucede después?

1

Recibo de inscripción

Luego de enviar su formulario de inscripción completo, recibirá un recibo de inscripción. Si se inscribe con un agente de ventas autorizado, el agente completará el recibo que se encuentra en la guía de inscripción o, si se inscribe en línea, recibirá un número de confirmación y podrá imprimir una copia de su solicitud completa para sus registros.

2

Carta de confirmación

Una vez que Medicare apruebe su inscripción, recibirá una carta de Care N' Care con la confirmación de su aprobación de Medicare para el plan.

3

Llamada de bienvenida

Un miembro del Equipo de experiencia al cliente lo llamará para darle la bienvenida a Care N' Care y para corroborar la información brindada en el formulario de inscripción, como su dirección y médico de atención primaria. También puede ayudarle a responder cualquier pregunta que pueda tener.

4

Tarjeta de identificación (ID)

Los miembros recibirán dos tarjetas de identificación. Las tarjetas de identificación se enviarán por correo separadas de cualquier otro material que Care N' Care le envíe. Utilice su tarjeta de identificación de miembro de Care N' Care cuando visite a su médico, farmacia, centro de atención u hospital.

5

Documentos para miembros

Los miembros recibirán un kit de documentos dentro de los 30 días posteriores a la inscripción. El Kit de documentos para miembros proporciona toda la información requerida por Medicare, incluido cómo obtener una copia de su Evidencia de cobertura, del Formulario de medicamentos y del Directorio de proveedores/farmacias.

6

Bienvenido a la familia Care N' Care

Herramientas de inscripción

Guía de inscripción de Care N' Care

La guía de inscripción de Care N' Care le ofrece información importante que lo ayudará al momento de elegir el plan Medicare Advantage más adecuado para usted. La guía incluye los detalles del plan y sus beneficios, información de contacto para comunicarse con los especialistas de Medicare de Care N' Care y formularios de inscripción.

Las herramientas de inscripción que se encuentran dentro de la guía son las siguientes:

Resumen de beneficios

Un resumen detallado del plan que brinda información importante sobre este. También incluye una lista de verificación previa a la inscripción.

Información adicional del plan

Información más detallada sobre los programas y servicios adicionales del plan que se ofrecen además de lo que ofrece Original Medicare.

Calificaciones del plan de Medicare

El programa de calificación por estrellas de Medicare califica todos los planes de medicamentos con receta y de salud cada año, conforme a la calidad y al rendimiento del plan.

Notificación de no discriminación y servicios de interpretación

Le brinda información sobre cómo presentar una queja formal si considera que ha sido discriminado por el plan de alguna forma y contiene instrucciones sobre cómo acceder a los servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas que pueda tener sobre el plan.

Guía del Formulario de solicitud de inscripción

Ofrece todo lo necesario para inscribirse, incluida la solicitud y las instrucciones para completarla.

A tan solo un clic o una llamada

Llame sin cargo al 1-877-905-9209 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes; o bien, visite nuestro sitio web cnhealthplan.com/enroll para inscribirse.



Insurance Company, Inc.

Experimente Care N' Care

En Care N' Care (HMO/PPO), nuestros equipos son sus vecinos. Por medio de los planes de salud HMO y PPO de Medicare Advantage, Care N' Care le ofrece todos los beneficios incluidos en Original Medicare además de beneficios y servicios adicionales. Un Equipo de experiencia al cliente local está a su disposición para ayudarlo a explorar su experiencia de atención médica. También ofrecemos eventos presenciales frecuentes que se llevan a cabo en todo el norte de Texas para responder a sus preguntas (o simplemente conectarse y conocerse). Usted nos conoce. Nosotros lo conocemos a usted.

Como estamos afiliados a Texas Health Resources y UT Southwestern Medical Center, usted recibe acceso beneficioso a nuestra sólida red centrada en el paciente y clínicamente integrada que incluye 31 hospitales y más de 7,000 médicos comprometidos para que disfrute de la mejor salud. Care N' Care – Medicare Advantage *Your Way*.

Se ofrece en los siguientes condados: Collin, Cooke, Dallas, Denton, Ellis, Erath, Hood, Johnson, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant y Wise.

Southwestern Health Select Plan se ofrece en los condados de Collin, Dallas, Denton, Rockwall y Tarrant.

UT Southwestern
Medical Center

 **Texas Health**
Resources®



Servicio local

Como miembro de Care N' Care, usted es más que solo un miembro: usted es parte de nuestra familia. Y, al igual que para usted, el norte de Texas es nuestro hogar, y no solo otra ubicación para una sucursal. Tenemos un Equipo de experiencia al cliente dedicado a brindarle la mejor experiencia como miembro y a asistirle con sus necesidades de atención médica.

En Care N' Care, el Equipo de experiencia al cliente le puede ayudar con lo siguiente:



Encontrar un médico y programar citas



Responder preguntas sobre el plan y sus beneficios



Atender las necesidades de atención médica especial



Asistirle con la cobertura de medicamentos con receta



Ayudarle con preguntas de reclamos y resoluciones de facturación



Recomendar actividades para personas de edad avanzada en su comunidad local

Definiciones de palabras importantes

Autorización previa: un requisito del plan de medicamentos que requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de su plan antes de obtener medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento. Estos medicamentos se encuentran en el formulario de medicamentos bajo el símbolo “PA”.

Beneficios complementarios opcionales: beneficios no cubiertos por Medicare y que se pueden comprar por una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Si elige tener beneficios complementarios opcionales, es posible que deba pagar una prima adicional. Usted debe elegir voluntariamente los beneficios complementarios opcionales para poder recibirlos.

Cobertura acreditable de medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Deducible: el monto que debe pagar usted por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que usted solo paga un pequeño monto del copago o coseguro por cada medicamento con receta que obtenga. El plan y Medicare pagan lo que reste hasta que finaliza el año calendario.

Etapas de cobertura inicial: durante esta etapa, usted paga una tarifa fija (copago) o un porcentaje del costo total del medicamento (coseguro) por cada medicamento con receta que obtenga.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden aplicarse a la cantidad de medicamento que el plan cubre por receta o durante un período definido.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que tienen una enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare o de un plan Medicare Advantage.

Médico de atención primaria (PCP): su proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para mantenerlo saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Después de que haya alcanzado este límite, usted no tendrá que pagar nada cuando reciba servicios cubiertos de proveedores de la red por el resto del año del contrato.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo por el medicamento.

Organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO): es un tipo de plan de seguro de salud que, por lo general, limita la cobertura a la atención de médicos que trabajan para la HMO o que tienen contrato con esta. En general, no cubrirá la atención fuera de la red, excepto en un caso de emergencia. Una HMO puede exigir que usted viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para tener cobertura. A menudo, las HMO ofrecen atención integrada y se centran en la prevención y el bienestar.

Original Medicare (“Medicare original” o plan Medicare con “pago por servicio”): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica

que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: es el Programa Voluntario de Beneficios de Medicamentos con Receta de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos con receta, lo denominaremos Parte D).

Período de elección especial: un tiempo determinado para que los beneficiarios puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Algunas situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta o si se muda a un hogar de ancianos.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a Original Medicare o realizar cambios en su cobertura de la Parte D. El Período de inscripción abierta es del 1.º de enero al 31 de marzo.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los beneficiarios pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o cambiarse a Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si son recibidos por proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido por el miembro será superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto

en los costos combinados totales que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada

que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan Privado de Pago Por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos con receta) de Medicare.

Prima: el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Tratamiento escalonado: una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que el plan cubra el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Care N’ Care Insurance Company, Inc. (Care N’ Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N’ Care depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/que no están contratados no tienen la obligación de tratar a miembros de Care N’ Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio de Atención al Cliente o consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Cada año, Medicare evalúa los planes conforme a un sistema de calificación de cinco estrellas.

Care N’ Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

No ofrecemos cada plan que está disponible en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o llame al 1-800- MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.

Care N' Care (HMO/PPO)

Información de contacto

Dirección web

cnhealthplan.com

Especialista de Medicare

Si tiene preguntas sobre los planes Medicare Advantage de Care N' Care, llame al 1-877-905-9209 (TTY 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, los siete días de la semana; o del 1.º de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar central, de lunes a viernes.

Información de Medicare

Para obtener más información sobre Medicare, llame a Medicare al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas, los siete días de la semana o visitar <https://www.medicare.gov>.