

El plan Value Basic (HMO) es ofrecido por Senior Care Plus

Aviso anual de los cambios para 2020

Actualmente, está inscrito como asegurado del plan Value Basic (HMO). El próximo año habrá algunos cambios en los beneficios y costos del plan. *Este manual le informa acerca de los cambios.*

- **Tiene un plazo del 15 de octubre al 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le corresponden

- ☐ Verifique los cambios en nuestros costos y beneficios para ver si le afectan.
 - Es importante que verifique su cobertura ahora para asegurarse de cumplir con sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- ☐ Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Los médicos, incluidos los especialistas que lo atienden regularmente, forman parte de nuestra red?
 - ¿Qué pasa con los hospitales u otros proveedores que consulta?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- ☐ Considere todos los costos de sus servicios de atención médica.
 - ¿Cuál será su gasto de bolsillo para los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará por su prima y deducibles del seguro médico?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- ☐ Reflexione si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- ☐ Verifique la cobertura y los costos de planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de planes de Medicare en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de medicamentos y de salud”.
 - Revise la lista en el dorso de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la sección 2.2 para obtener más detalles sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y su cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan

- Si desea **mantener** el plan Value Basic (HMO), no tiene que hacer nada. Conservará el plan Value Basic (HMO).
- Para cambiarse a un **plan diferente** que se adapte mejor a sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2019**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, conservará el plan Value Basic (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2020**.

Recursos adicionales

- This document is available for free in Spanish
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-775-7003 (TTY users should call the State Relay Service at 711).
- Llame a Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). El horario de atención es de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.
- Servicio al Cliente también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para las personas que no hablan inglés.
- Esta información está disponible gratuitamente en español.
- Atención: Si usted habla español, los servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame al 1-888-775-7003 (los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión estatal al 711).
- Por favor, contáctese con nuestro Servicio al Cliente al 775-982-3112 o llame gratuitamente al 888-775-7003 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al servicio de retransmisión del estado al 711). El horario de atención es de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.
- Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de traducción para los que no hablan inglés.
- Esta información se encuentra disponible en distintos formatos, incluidos español y otros idiomas, así como en letras grandes y en sistema braille. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que aparece arriba si necesita información sobre el plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura que abarca este plan cumple con los requisitos como cobertura médica elegible (QHC, en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Acerca del plan Value Basic (HMO)

- Senior Care Plus es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Senior Care Plus depende de la renovación del contrato
- Cuando este manual dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Senior Care Plus. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Value Basic (HMO).

Resumen de costos importantes para 2020

La tabla que está a continuación compara los costos de 2019 y 2020 del plan Value Basic (HMO) en distintas áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto solamente es un resumen de los cambios.** Se proporciona una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles).	\$0	\$0
Gasto máximo de bolsillo Esto será <u>lo máximo</u> que pagará de gasto de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).	\$3,400 por año	\$3,400 por año
Atención en la sala de emergencias	Copago de \$90 por visita	Copago de \$120 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Estadías en hospital para pacientes hospitalizados Incluye hospitales de atención a largo plazo, rehabilitación para pacientes hospitalizados, atención aguda para pacientes hospitalizados y otros tipos de servicios en hospitales para pacientes hospitalizados. La atención en hospitales para pacientes hospitalizados comienza el día en el que es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al que le den el alta es su último día como paciente hospitalizado. Las instalaciones preferidas son instalaciones que brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de las Instalaciones preferidas, tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que brindan estos servicios a un monto de copago más alto.	Copago de \$300 para los días 1 a 6	Centro preferido: \$300 por día (1 a 6 días) Centro no preferido: \$440 por día (1 a 5 días)

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Servicios para pacientes ambulatorios Las instalaciones preferidas son instalaciones que brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de las Instalaciones preferidas, tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que brindan estos servicios a un monto de copago más alto.	Usted paga un copago de \$300 por visita	Centro preferido: Usted paga un copago de \$300 por visita Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita

Aviso anual de los cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	5
Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos.....	6
SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir	9
Sección 2.1: Si decide permanecer en el plan Value Basic (HMO)	9
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan.....	9
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	10
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	11
SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta.....	11
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	12
Sección 6.1: Cómo recibir ayuda por parte del plan Value Basic (HMO)	12
Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare	13

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	\$0	Sin cambios para 2020

Sección 1.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo

Para protegerle, Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad de “gastos de bolsillo” que debe realizar durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que llegó a ese monto, por lo general, no debe pagar nada por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.	\$3,400 por año	Sin cambios para 2020 Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no deberá pagar nada más por los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud

Existen cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com, encontrará el Directorio de proveedores y farmacias actualizado. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo postal una copia del *Directorio de proveedores y farmacias*. **Consulte el Directorio de proveedores y farmacias del año 2020 para**

corroborar si sus proveedores (proveedores de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.

Es importante que sepa que realizaremos cambios a los hospitales, médicos, especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Existen varios motivos por los que su proveedor de servicios de salud puede abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona el plan, usted tendrá determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados
- Haremos nuestro mayor esfuerzo para proporcionarle un aviso de al menos 30 días en el que le comunicaremos que su proveedor está por abandonar el plan, para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor de servicios médicos calificado para seguir gestionando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que no se interrumpa dicho tratamiento que está recibiendo, el cual es necesario por razones médicas.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para remplazar a su proveedor o que no se está administrando su cuidado de forma adecuada, usted tiene el derecho de presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si sabe que su médico o especialista está por abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información que figura a continuación describe dichos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que debe pagar usted)*, en su *Evidencia de cobertura 2020*.

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Servicios en un centro de servicios ambulatorios Las instalaciones preferidas son instalaciones que brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de las Instalaciones preferidas, tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que brindan estos servicios a un monto de copago más alto.	Usted paga un copago de \$300 por visita	Centro preferido: Usted paga un copago de \$300 por visita Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita
Atención en la sala de emergencias	Usted paga un copago de \$90 por visita	Usted paga un copago de \$120 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Atención hospitalaria aguda para pacientes hospitalizados Las instalaciones preferidas son instalaciones que brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de las Instalaciones preferidas, tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que brindan estos servicios a un monto de copago más alto.	Usted paga un copago de \$300 para los días 1 a 6	Centro preferido: Usted paga un copago de \$300 para los días 1 a 6 Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 para los días 1 a 5
Servicios para pacientes ambulatorios Las instalaciones preferidas son instalaciones que brindan servicios para pacientes hospitalizados, ambulatorios y ambulatorios a los miembros por un copago más bajo que otras instalaciones dentro de la red. Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de las Instalaciones preferidas, tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que brindan estos servicios a un monto de copago más alto.	Usted paga un copago de \$300 por visita	Centro preferido: Usted paga un copago de \$300 por visita Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita

Costo	2019 (este año)	2020 (el año próximo)
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Este beneficio no estaba cubierto en 2019.	Usted paga un copago de \$50
Servicios de visitas virtuales a través de Teladoc Teladoc es el proveedor preferido de visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, navegue al siguiente sitio web para registrar su cuenta, https://member.teladoc.com/signin . Puede llamar a Servicio al Cliente o a Teladoc directamente, 1-800-835-2362, para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.	Este beneficio no estaba cubierto en 2019.	Usted paga un copago de \$0 cuando utilice el proveedor preferido de Senior Care Plus, Teladoc

SECCIÓN 2 Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si decide permanecer en el plan Value Basic (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se registra para un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito como asegurado de nuestro plan para el año 2020.

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro asegurado durante el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2020, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare oportunamente,
- *O BIEN* puede cambiarse al Programa Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si desea inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, se podría aplicar una posible multa por inscripción tardía de la Parte D.

Para obtener más información acerca de Original Medicare y de los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el instructivo *Medicare y Usted 2020*, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Review and Compare Your Coverage Options” [Revisar y comparar sus opciones de cobertura]. **En el presente documento, encontrará la información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Senior Care Plus ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden ser diferentes con respecto a la cobertura, las primas del plan de salud mensuales y los montos de costos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para cambiarse **a un plan de salud diferente de Medicare**, debe inscribirse en un plan nuevo. Su inscripción en el plan Value Basic (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse **al Programa Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en el plan Value Basic (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para cambiarse **al Programa Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, entonces deberá:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita obtener más información sobre cómo hacer este trámite (los números de teléfono aparecen en la Sección 6.1 de este manual).
 - *Alternativamente*, comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o al Programa Original Medicare para el año siguiente, puede hacerlo desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2020.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En algunos casos, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, los asegurados de Medicaid, quienes reciban la “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tengan o dejen la cobertura de su empleador y quienes estén fuera del área de servicio pueden hacer cambios en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2020 y no está conforme con su elección, puede cambiarse a otro plan de salud Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte el Capítulo 8, Sección 2.2, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Nevada, el SHIP se denomina Nevada SHIP (a través de la División de Servicios para la Vejez y Access to Healthcare Network).

El Nevada SHIP es independiente (no está vinculado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos en su localidad a las personas que tienen Medicare. Los consejeros de Nevada SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y responder las preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a Nevada SHIP al 877-385-2345 o al 800-307-4444. Puede obtener más información sobre Nevada SHIP visitando su sitio web: (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

SECCIÓN 5 Programas que le ayudan a pagar sus medicamentos con receta

Usted puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, enumeramos distintos tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas que poseen ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la “Ayuda adicional” para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si cumple con los requisitos, Medicare puede pagarle hasta un 75 % o más de sus gastos para medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, aquellos que cumplen con los requisitos no tendrán una multa por lapso en la cobertura o por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para saber si usted cumple con los requisitos, llame:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
 - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes) o
 - Su Oficina estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Nevada tiene un programa denominado Programa Nevada Senior Rx and Nevada Disability Rx que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o problema de salud. Para conocer más detalles sobre el programa, consulte el Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 4 de este folleto).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, en inglés)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que padecen de VIH/SIDA y son elegibles para el ADAP tengan acceso a medicamentos para el VIH que les permita salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP cumplen con los requisitos para la asistencia del costo compartido de los medicamentos con receta mediante el Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA de la Parte B (Ryan White HIV/AIDS Part B, RWPB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nevada. Aviso: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas tienen que cumplir con determinados criterios, que incluyen la prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del estado y prueba de estado sin cobertura de seguro médico o estado de cobertura no adecuada.

Si actualmente se encuentra inscrito en un ADAP, puede continuar proporcionándole la asistencia con los costos compartidos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para los medicamentos de la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, informe al encargado de las inscripciones en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre del plan o el número de póliza de la Parte D de Medicare.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a Access to Healthcare Network (AHN) al 1-775-284-8989 o de manera gratuita al 1-877-385-2345.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo recibir ayuda por parte del plan Value Basic (HMO)

¿Tiene alguna pregunta? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al 775-982-3112 o de manera gratuita al 888-775-7003. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al Servicio estatal de retransmisión de mensajes al 711). Nuestro horario de atención telefónica es de lunes a domingo, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Cerramos todos los feriados federales.

Lea su *Evidencia de cobertura 2020* (allí encontrará detalles sobre los costos y beneficios del próximo año).

Este *Aviso anual de los cambios* le proporciona un resumen de los cambios en sus costos y beneficios para el año 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura 2020* para el plan Value Basic (HMO). La Evidencia de cobertura es la descripción detallada y legal de sus beneficios del plan. Le explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta cubiertos. Se proporciona una copia de la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.SeniorCarePlus.com. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*).

Sección 6.2: Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener más información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Posee información sobre los costos, la cobertura, y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes en su localidad al usar el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para consultar la información acerca de los planes, visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de medicamentos y de salud”).

Lea el manual Medicare y Usted 2020

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2020*. Cada año durante el otoño, se envía por correo este manual a las personas que están en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, los derechos y la protección de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.