

El plan Senior Care Plus Select (HMO) es ofrecido por Senior Care Plus

Aviso anual de los cambios para 2021

Actualmente, está inscrito como asegurado del plan Value Rx Select (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 2.5 para obtener información sobre los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan.
- ☐ Verifique en el manual los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para ver si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Se encuentran sus medicamentos en un nivel diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como la necesidad de obtener nuestra aprobación antes de que surta su medicamento?
 - ¿Puede seguir usando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos 2021 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajo que puede haber a su disposición; estas pueden permitirle ahorrar en sus gastos de bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también muestran otra información de los precios de los medicamentos año a año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus costos en medicamentos.

- ☐ 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 las Secciones 2.3 y 2.4 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/plan-compare>.
 - Revise la lista en el dorso de su manual Medicare y Usted.
 - Consulte la sección 3.2 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 no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, será inscrito en Select (HMO) Plan.
- 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 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, conservará el plan Senior Care Plus Select (HMO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2021**. **Se cancelará automáticamente su inscripción en su plan vigente.**

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).
- Please contact Customer Service at 775-982-3112 or toll-free at 888-775-7003 for additional information. (TTY users should call the State Relay Service at 711). (We are not open 7 days a week all year round). Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m., 7 days a week (except Thanksgiving and Christmas) from October 1 through March 31, and Monday to Friday (except holidays) from April 1 through September 30.
- Customer Service also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- 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 en 711).
- Por favor contáctese con nuestro servicio al cliente al 775-982-3112 o llame gratuitamente al 888-775-7003 para obtener información adicional. (No estamos abiertos los 7 días de la semana durante todo el año). El horario es de 8:00 a.m. A 8:00 p.m., Los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto festivos) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
- Servicios 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), <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>, para obtener más información.

Acerca del plan Senior Care Plus Select (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 se dice “plan” o “nuestro plan”, significa el plan Senior Care Plus Select (HMO)

Resumen de costos importantes para 2021

La tabla que está a continuación compara los costos de 2020 y 2021 del plan Senior Care Plus Select (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, www.SeniorCarePlus.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan*	\$180	Sin cambios para 2021
* Su prima puede ser más alta o más baja que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más detalles.		
Gasto máximo de bolsillo	\$3,000 por año	\$2,500 por año
Esto será lo <u>máximo</u> que pagará de gastos de bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más detalles).		

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Visitas al consultorio del médico	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <p>\$10 copago por visita al PCP por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 copago por visita a instalaciones de atención conveniente</p> <p>Visitas al especialista:</p> <p>\$35 copago por cada visita a un especialista por servicios cubiertos por Medicare</p>	<p>Visitas de atención médica básica:</p> <p>\$0 copago por visita al PCP preferido servicios cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 copago por visita a todos los PCP no preferidos para los servicios cubiertos por Medicare</p> <p>\$10 copago por visita a instalaciones de atención conveniente</p> <p>Visitas al especialista:</p> <p>\$25 copago por cada visita a un especialista por servicios cubiertos por Medicare</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Estadías en hospital para pacientes hospitalizados</p> <p>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.</p> <p>Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: \$250 por día (1 a 4 días)</p> <p>Centro no preferido: \$440 por día (1 a 5 días)</p>	<p>Centro preferido: \$225 por día (1 a 4 días)</p> <p>Centro no preferido: \$440 por día (1 a 5 días)</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$250 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$225 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.6 para obtener más detalles).</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas seleccionadas, revise la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.</p> <p>Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamento: copago de \$3 • Nivel 2 de medicamento: copago de \$12 • Nivel 3 de medicamento: copago de \$47 • Nivel 4 de medicamento: copago de \$100 • Nivel 5 de medicamento: coseguro del 33 % • Nivel 6 de medicamento: copago de \$0 [\$0 por correo] 	<p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial (suministro de 30 días):</p> <p>Nivel 1 de medicamento: Copago de estándar \$6 Copago de preferido \$0</p> <p>Nivel 2 de medicamento: Copago de estándar \$8 Copago de preferido \$0</p> <p>Nivel 3 de medicamento: Copago de estándar \$47 Copago de preferido \$41</p> <p>Nivel 4 de medicamento: Copago de estándar \$100 Copago de preferido \$94</p> <p>Nivel 5 de medicamento: Coaseguro del 33 %</p> <p>Nivel 6 de medicamento: Copago de estándar \$6 Copago de preferido \$0 [\$0 por correo]</p>

Aviso anual de los cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	4
SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan	10
SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año.....	10
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	10
Sección 2.2: Cambios en el gasto máximo de bolsillo.....	10
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores de servicios de salud	11
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias	12
Sección 2.5: Cambios en los costos y beneficios para los servicios médicos.....	12
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	20
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	24
Sección 3.1: Si desea permanecer en el plan Senior Care Plus Select (HMO).....	24
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	24
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	25
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	26
SECCIÓN 6 Programas que lo ayudan a pagar por sus medicamentos con receta	26
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	27
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan Senior Care Plus Select (HMO)	27
Sección 7.2: Cómo recibir ayuda por parte de Medicare.....	28

SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan

El 1.º de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de plan Value Rx Select (HMO) a plan Senior Care Plus Select (HMO).

A fines de diciembre recibirá por correo una nueva tarjeta de identificación con el nuevo nombre de su plan. Use esta nueva tarjeta para obtener todos sus servicios con Senior Care Plus y nuestros proveedores de beneficios. El nombre de su plan se cambió para simplificar los documentos. Verá el nuevo nombre de su plan en todos los documentos de su plan.

SECCIÓN 2 Cambios en los costos y beneficios para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual (También tiene que seguir pagando su prima del plan de salud de la Parte B de Medicare).	\$180	\$180

- Su prima mensual del plan será *superior* si debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D por no tener otra cobertura de medicamentos que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos del Programa Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si posee un ingreso mayor, es posible que deba pagar un monto adicional por mes directamente al gobierno para la cobertura de su medicamento con receta de Medicare.
- Su prima mensual del plan será *menor* si recibe la “Ayuda adicional” para sus costos de medicamentos con receta.

Sección 2.2: 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	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Gasto máximo de bolsillo	\$3,000 por año	\$2,500 por año
Sus costos para los servicios médicos cubiertos (como, por ejemplo, los copagos) cuentan dentro del gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan de salud y sus costos por los medicamentos con receta no cuentan dentro del monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$2,500 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 2.3: 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 2021 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 garantizar— 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 reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de forma adecuada, tiene 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 2.4: Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia a la cual acude. Los planes de Medicare incluyen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si son surtidos en las farmacias de nuestra red.

Existen cambios en nuestra red de farmacias 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*. **Revise el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2021 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 2.5: 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 2021*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los fines de este beneficio, dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor que dura 12 semanas o más; • dolor no específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • dolor no relacionado con una cirugía, y • dolor no relacionado con un embarazo. <p>Se cubren ocho sesiones adicionales para los pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe suspenderse si el paciente no presenta mejoras o experimenta una regresión.</p> <p><i>Máximo de 20 visitas por año del plan</i></p>	<p>Este beneficio no estaba cubierto en 2020.</p>	<p>Copago de \$30 por visita</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Servicios en un centro de servicios ambulatorios</p> <p>Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$250 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$225 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p>	<p>Copago de \$15</p>	<p>Copago de \$15 por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$10 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</p>

Servicios dentales

En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:

- Servicios dentales preventivos que incluyen 2 exámenes, 2 limpiezas y 2 serie de radiografías con aleta de mordida por año.
- Los servicios prestados por un dentista o cirujano bucal están limitados a la cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, a la reducción de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, a la extracción de piezas dentales para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para la enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los suministrara un médico.
- Servicios dentales preventivos, incluidos servicios que no son de rutina/de diagnóstico y de restauración, endodoncia, periodoncia, extracciones, prótesis y cirugía bucal/maxilofacial.

Los servicios de diagnóstico y preventivos no están sujetos al deducible por año calendario.

Los servicios dentales integrales están sujetos a un deducible por año calendario de \$100 y tienen

No hay copago por los servicios de diagnóstico y dentales preventivos (2 visitas por año, como máximo).

Coseguro del **30 %** para los siguientes servicios: cirugía bucal, anestesia general, endodoncia, periodoncia, tratamiento paliativo, servicios de restauración básicos y consultas con especialistas.

Coseguro del **50 %** para los siguientes servicios: coronas, incrustaciones/sobreincrustaciones, prótesis, servicios de restauración mayores y reparaciones de dentaduras postizas.

Copago de **\$40** por servicios dentales cubiertos por Medicare.

No hay copago por los servicios de diagnóstico y dentales preventivos (2 visitas por año, como máximo).

Coseguro del **30 %** para los siguientes servicios: cirugía bucal, anestesia general, endodoncia, periodoncia, tratamiento paliativo, servicios de restauración básicos y consultas con especialistas.

Coseguro del **50 %** para los siguientes servicios: coronas, incrustaciones/sobreincrustaciones, prótesis, servicios de restauración mayores y reparaciones de dentaduras postizas.

Copago de **\$40** por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>un beneficio máximo por año calendario de \$2,000.</p> <p>Para obtener información adicional, consulte el final de esta sección.</p> <p>Delta Dental administra los beneficios de servicios dentales en nombre de Senior Care Plus.</p> <p><i>Consulte la sección de exclusiones y el final de la Sección 3 para obtener más información sobre los servicios dentales integrales.</i></p>		
<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p> <p>Senior Care Plus ofrece una participación en un gimnasio en instalaciones con gimnasio seleccionadas, dentro de nuestra área de servicio para los asegurados activos que estén inscritos en el plan Select (HMO). Visite www.SeniorCarePlus.com para obtener información sobre cómo inscribirse en este beneficio o comuníquese con Servicio al Cliente al 775-982-3112. Las instalaciones participantes pueden cambiar durante el año del plan.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el buen estado físico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio para los asegurados elegibles para el buen estado físico.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$250 por día para los días 1 a 4</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por día para los días 1 a 5</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$225 por día para los días 1 a 4</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por día para los días 1 a 5</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Radiografías y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita para radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por cada visita para tomografía computarizada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por cada visita para resonancia magnética (MRI, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y medicina nuclear cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$75 por las exploraciones por tomografía computarizada, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria cubiertas por Medicare.</p>	<p>Usted paga un copago de \$45 por cada visita para radiografía cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por cada visita para tomografía computarizada cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$90 por cada visita para resonancia magnética (MRI, en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, en inglés) y medicina nuclear cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$65 por las exploraciones por tomografía computarizada, estudios vasculares y pruebas de capacidad respiratoria cubiertas por Medicare.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Servicios para pacientes ambulatorios</p> <p>Los centros preferidos son centros que proporcionan servicios de hospitalización y ambulatorios a los asegurados por un copago más bajo que otros centros que forman parte de la red.</p> <p>Consulte el Directorio de proveedores en línea en www.SeniorCarePlus.com para obtener una lista de los centros preferidos; tenga en cuenta que nuestros proveedores pueden cambiar. También puede llamar a Servicio al Cliente al 775-982-3112.</p> <p>Las instalaciones no preferidas son instalaciones dentro de la red que proporcionan estos servicios por un monto de copago más alto.</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$250 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>	<p>Centro preferido: Usted paga un copago de \$225 por visita</p> <p>Centro no preferido: Usted paga un copago de \$440 por visita</p>
<p>Medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Artículos como un beneficio complementario de la Parte C.</p> <p>Se incluyen los medicamentos, fármacos y otras sustancias de venta libre, que no requieren receta, incluso si los indica un médico.</p> <p>Importe de la cobertura del beneficio del plan máximo específico del servicio.</p> <p>Cubre toda la lista de OTC que se encuentra en el capítulo 4 del Manual de Medicare Managed care.</p>	<p>Este beneficio no estaba cubierto en 2020.</p>	<p>Asignación trimestral de \$75</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Servicios del programa de tratamiento con opioides	Usted paga un copago de \$35	Usted paga un copago de \$35
Servicios de visitas virtuales a través de Teladoc Teladoc es el proveedor preferido para visitas virtuales de Senior Care Plus. Para acceder a la plataforma, ingrese en el sitio web https://member.teladoc.com/signin y registre su cuenta. También puede llamar a Servicio al Cliente o a Teladoc directamente, al 1-800-835-2362, para obtener más información sobre cómo utilizar estos servicios. No se requiere autorización previa para Teladoc.	Usted paga un copago de \$0 cuando utilice el proveedor preferido de Senior Care Plus, Teladoc.	Usted paga un copago de \$0 si utiliza el proveedor preferido de Senior Care Plus, Teladoc

Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestro listado de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos”. Se proporciona por vía electrónica una copia de la Lista de medicamentos. En este sobre, encontrará las instrucciones sobre cómo acceder a una copia de nuestra lista o cómo obtener una.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y a las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos.

Verifique la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si existirán algunas restricciones.

Si algún cambio en la cobertura de los medicamentos le afecta, usted puede:

- **Hablar con su médico (u otra persona que receta) y pídale al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento. **Alentamos a los asegurados actuales** a que pidan una excepción antes del próximo año.
 - Para obtener información sobre lo que tiene que hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si*

tiene un problema o una queja [decisiones, apelaciones y quejas sobre la cobertura]) o llame a Servicio al Cliente.

- **Hablar con su médico (o la persona que receta) para encontrar otro medicamento** que cubra el plan. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten el mismo problema de salud.

En algunas situaciones, se nos exige que cubramos un suministro provisional de un medicamento que no está en la lista durante los primeros 90 días de cobertura del año del plan o durante los primeros 90 días de participación, para evitar un lapso en la terapia. (Para obtener más detalles acerca de cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo puede pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período en que obtenga su suministro de medicamentos provisional, debería hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine dicho suministro provisional. Puede cambiar por un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción en su caso y cubra su medicamento actual.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos se producen al comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que hagamos otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o se cambia a un nivel de costos compartidos más alto, ya no recibirá siempre notificación del cambio con 30 días de anticipación, ni recibirá un suministro para un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero esta podría llegar después de realizado el cambio.

A partir de 2021, podremos quitar un medicamento de marca inmediatamente de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un medicamento genérico nuevo que se encuentre en el mismo nivel de costos compartidos, o en uno inferior, y que tenga las mismas restricciones o menos. Además, al momento de agregar el medicamento genérico nuevo, podremos decidir mantener al medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costos compartidos o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que si está tomando un medicamento de marca que se reemplaza o se cambia a un nivel de costos compartidos más alto, ya no recibirá siempre notificación del cambio con 30 días de anticipación, ni recibirá un suministro para un mes de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, recibirá información sobre el cambio específico que realizamos, pero esta podría llegar después de realizado el cambio.

Cuando hacemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, igualmente puede trabajar con su médico (u otra persona que receta) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que es posible que hagamos en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Aviso: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Le hemos enviado un folleto por separado, denominado el “Anexo a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben la Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta” (también denominado “Anexo para subsidio por ingresos bajos” [LIS, en inglés] o “Anexo LIS”), que le informa acerca de los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicio al cliente y pida el “Anexo LIS”. Los números de teléfono de Servicio al Cliente están en la Sección 7.1 de este manual.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. Lo que paga por los medicamentos de la Parte D depende de la etapa de cobertura para medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 5, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información que figura a continuación muestra los cambios para el próximo año en las primeras dos etapas: Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los asegurados no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, www.SeniorCarePlus.com). También puede llamar a Servicio al asegurado para solicitar que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo postal.

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Etapa 1: Etapa de deducible anual	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.	Debido a que no hay un deducible, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener detalles sobre el funcionamiento de los copagos y los coaseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, *Tipos de gastos de bolsillo que es posible que tenga que pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte de dicho costo.</p> <p>Los costos que aparecen en esta fila corresponden al suministro de un mes (30 días) cuando surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta con servicio de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de su <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red con costo compartido estándar:</p> <p>Genéricos preferidos:</p> <p>Usted paga \$3 por receta médica.</p> <p>Genéricos no preferidos:</p> <p>Usted paga \$12 por receta médica.</p> <p>De marca preferido:</p> <p>Usted paga \$47 por receta médica.</p> <p>De marca no preferido:</p> <p>Usted paga \$100 por receta médica.</p> <p>Especializados:</p> <p>Usted paga el 33 % por receta médica.</p> <p>De atención médica seleccionados:</p> <p>Usted paga \$0 por receta médica</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,020 pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia que pertenezca a la red con costo compartido estándar y preferidos:</p> <p>Genéricos preferidos:</p> <p>Page estándar \$6 por receta médica. Preferida \$0 por receta médica.</p> <p>Genéricos no preferidos:</p> <p>Page estándar \$8 por receta médica. Preferida \$0 por receta médica.</p> <p>De marca preferido:</p> <p>Page estándar \$47 por receta médica. Preferida \$41 por receta médica.</p> <p>De marca no preferido:</p> <p>Page estándar \$100 por receta médica. Preferida \$94 por receta médica.</p> <p>Especializados:</p> <p>Usted paga el 33% por estándar y preferido por receta médica.</p> <p>Seleccionar Cuidado:</p> <p>Page estándar \$6 por receta médica. Preferida \$0 por receta médica.</p> <p>Paga \$35 por determinadas insulinas.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,130 pasará a la siguiente etapa (Etapa de lapso en la cobertura).</p>

Cambios en las etapas de lapso en la cobertura y de cobertura para casos catastróficos

Las otras dos etapas de cobertura para los medicamentos, la Etapa del lapso en la cobertura y la Etapa de la cobertura para casos catastróficos, son para aquellas personas que tienen costos altos de medicamentos. **La mayoría de los asegurados no alcanza la Etapa del lapso en la cobertura o la Etapa de cobertura para casos catastróficos.** Para obtener información sobre sus costos durante estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*.

Senior Care Plus Select (HMO) ofrece cobertura de brecha adicional para determinadas insulinas. Durante la etapa de Brecha de Cobertura, sus costos de desembolso personal por determinadas insulinas serán \$0

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea permanecer en el plan Senior Care Plus Select (HMO)

Para permanecer en nuestro plan, usted 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 2021.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo nuestro asegurado durante el próximo año, pero si desea cambiar para el año 2021, debe seguir estos pasos:

Paso 1: Obtenga más detalles y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud diferente de Medicare,
- *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, consulte la Sección 3.1 sobre 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 2021*, llame a su Programa Estatal de Ayuda sobre Seguros Médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 5.2).

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/plan-compare> y haga clic en “Buscar planes de medicamentos y de salud”. **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. Se cancelará de forma automática su afiliación al plan Senior Care Plus Select (HMO).
- Para **cambiarse al programa Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, debe inscribirse en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará de forma automática su afiliación al plan Senior Care Plus Select (HMO).
- 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 4 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 2021.

¿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 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 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).

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 averiguar más sobre Nevada SHIP visitando su sitio web (http://adsd.nv.gov/Programs/Seniors/SHIP/SHIP_Prog/).

SECCIÓN 6 Programas que lo ayudan a pagar por 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, incluidos las primas mensuales para medicamentos con receta, deducibles anuales y 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).

- **Asistencia de costos compartidos de los medicamentos con receta para las personas que padecen de SIDA/VIH.** El Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP, en inglés) ayuda a garantizar que las personas elegibles para recibir el ADAP que padecen de VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que les salvarán la vida. Las personas tienen que cumplir con determinados criterios, incluidos prueba de residencia en el estado y de su estado de VIH, prueba de ingresos bajos según la definición del Estado y prueba de estar sin cobertura de seguro o tener cobertura no adecuada. 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. Para obtener información sobre los requisitos 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan Senior Care Plus Select (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* 2021 (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 2021. Para más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2021 para plan Senior Care Plus Essential (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, 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, www.SeniorCarePlus.com. Le recordamos que nuestro sitio web posee la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Lista de medicamentos*).

Sección 7.2: Cómo recibir ayuda por parte 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 salud y de medicamentos”).

Lea el manual *Medicare y usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2021*. 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.