

Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) ofrecido por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

Notificación anual de cambios para el 2021

Actualmente, está inscrito como miembro de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP). El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios del plan. *Este folleto le informa sobre los cambios.*

¿Qué hacer ahora?

1. **CONSULTAR:** ¿Qué cambios se aplican en su caso?

- Verifique los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que se adaptará a sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usa?
 - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- Verifique en el folleto los cambios en nuestra cobertura de medicamentos con receta médica para saber si le afectan.
 - ¿Sus medicamentos estarán cubiertos?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar utilizando las mismas farmacias?
 - Consulte la Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos aprobados) 2021 y la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Verifique para ver si sus médicos y otros proveedores seguirán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas a los que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Qué sucede con los hospitales u otros proveedores que usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y farmacias.
- Piense en sus costos totales de atención médica.
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

Piense si está contento con nuestro plan.

2. COMPARAR: Conozca otras opciones de planes

Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área.

- Utilice la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
- Revise la lista en el reverso de su manual “Medicare & You” (Medicare y Usted).
- Consulte la Sección 2.2 para conocer más sobre sus opciones.

Una vez que delimite su elección a un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. ELEGIR: Decida si quiere cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2020, permanecerá en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).
- Si desea **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. Consulte la Sección 2.2, página 6, para conocer más sobre sus opciones.

4. INSCRIBIRSE: Para cambiar de plan, inscríbese 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**, permanecerá en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2020**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible en español sin cargo.
- Comuníquese con nuestro número de Servicios para Miembros al 1-800-543-5656 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- **Comuníquese con Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) al 1-800-543-5656 si necesita información en otro formato, por ejemplo, en letra de imprenta grande. Brindamos atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **La cobertura en virtud de este Plan califica como cobertura de salud calificada (Qualifying Health Coverage, QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida de los individuos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud**

Asequible (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Información acerca de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)

- Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de elegibilidad doble de Medicare Advantage HMO que tiene contrato con Medicare y con el programa de Medicaid del estado de Nueva Jersey. La inscripción en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.
- Cuando este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Horizon Healthcare of New Jersey, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).

Resumen de costos importantes para el 2021

El siguiente cuadro compara los costos de 2020 con los de 2021 para Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP) en diversas áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los cambios.** Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, HorizonBlue.com/Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Visitas al consultorio médico	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: \$0 por visita.</p> <p>Visitas al especialista: \$0 por visita.</p>
<p>Hospitalizaciones para pacientes internados</p> <p>Incluye servicios para pacientes internados agudos, servicios de rehabilitación para pacientes internados, hospitalizaciones de atención de largo plazo y otros tipos de servicios de hospital para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que lo admiten formalmente en un hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente internado.</p>	\$0	\$0
<p>Cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p>	Deducible: \$0	Deducible: \$0
<p>Monto máximo de desembolso directo</p> <p>Este es el <u>máximo</u> de desembolso directo que pagará por sus servicios cubiertos.</p> <p>(Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).</p>	\$0	\$0

Notificación anual de cambios para el 2021

Índice

Resumen de costos importantes para el 2021	1
SECCIÓN 1. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	3
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	3
Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo.....	3
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores	3
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	4
Sección 1.5: Cambios en los beneficios.....	5
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D.....	7
SECCIÓN 2. Decidir qué plan elegir.....	8
Sección 2.1: Si quiere permanecer en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).....	8
Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan.....	8
SECCIÓN 3. Cambiar de plan	9
SECCIÓN 4. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	9
SECCIÓN 5. ¿Tiene preguntas?	10
Sección 5.1: Obtener ayuda de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).....	10
Sección 5.2: Obtener ayuda de Medicare.....	11
Sección 5.3: Obtener ayuda de Medicaid.....	11

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Prima mensual (NJ FamilyCare [Medicaid] paga su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0

Sección 1.2: Cambios en su monto máximo de desembolso directo

Para su protección, Medicare solicita que todos los planes de salud limiten cuánto paga en concepto de “desembolso directo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo de desembolso directo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Monto máximo de desembolso directo Dado que nuestros miembros también obtienen asistencia de NJ FamilyCare (Medicaid), son muy pocos los miembros que alguna vez alcanzan este desembolso directo máximo.	\$0	\$0

Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores

Se realizarán cambios en nuestra red de proveedores el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de proveedores actualizado en nuestro sitio web directory.horizonnjhealth.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2021 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) forman parte de nuestra red.**

Es importante que sepa que es posible que realicemos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Hay muchos motivos por los que su proveedor podría abandonar el plan, pero si su médico o especialista efectivamente abandona el plan, tiene ciertos derechos y protecciones, que se resumen a continuación:

- Si bien es posible que nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Realizaremos un esfuerzo de buena fe para notificarle con, al menos, 30 días de antelación, que su proveedor abandonará el plan, de manera que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le brindaremos asistencia para seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y trabajaremos con usted para garantizar, que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si considera que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que su atención médica no se está administrando de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos brindarle asistencia para encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención médica.

Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias

Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Se realizarán cambios en nuestra red de farmacias el próximo año. Podrá encontrar un Directorio de farmacias actualizado en nuestro sitio web Directory.horizonNJhealth.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos por correo postal un Directorio de proveedores y farmacias. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias 2021 para verificar qué farmacias forman parte de nuestra red.**

Sección 1.5: Cambios en los beneficios

Tenga en cuenta que la *Notificación anual de cambios* le informa sobre los cambios en sus beneficios de Medicare y Medicaid.

Cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para conocer detalles sobre la cobertura de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios* (lo que está cubierto), en su *Evidencia de Cobertura 2021*. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, HorizonBlue.com/Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (el año próximo)
Asignación para la tarjeta de beneficios de medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Asignación para la tarjeta de beneficios de OTC de hasta \$1,200 por año (\$300 por trimestre) para productos de salud selectos.	Asignación para la tarjeta de beneficios de OTC de hasta \$1,500 por año (\$375 por trimestre) para productos de salud selectos.
Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana a través de Horizon CareOnlineSM	Usted paga un copago de \$0 para recibir servicios de urgencia.	Usted paga un copago de \$0 para servicios de urgencia y salud conductual.
Servicio de comidas a domicilio	No se ofrece en el 2020	Comidas entregadas a domicilio para ayudarle a recuperarse de su enfermedad después del alta hospitalaria para enfermos agudos. Coordinado por administradores de la atención de Horizon. Hasta 2 comidas durante un período de 14 días (máximo de 28 comidas)/una ocurrencia por año.
Beneficio de acondicionamiento físico	Usted paga un copago de \$0 por el acceso a un YMCA o gimnasio participante, o 2 kits de acondicionamiento físico para el hogar por año.	Usted paga un copago de \$0 por el Programa Silver&Fit [®] que da acceso a un gimnasio participante, asesoramiento telefónico en torno al estilo de vida, programa de video de acondicionamiento físico digital y programa de envejecimiento saludable.
Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos	No se ofrece en el 2020	La tarjeta de beneficios de productos de venta libre (OTC) se mejorará para incluir alimentos y productos agrícolas. No se permite el consumo de alcohol y tabaco. Para calificar como enfermo crónico, debe cumplir con ciertos criterios.

Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta médica de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos aprobados”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos aprobados) de manera electrónica. **Puede obtener la Lista de medicamentos completa** llamando a Servicios para Miembros (consulte la contratapa) o visitando nuestro sitio web [Medicare.HorizonBlue.com/Formulary-Lookup](https://www.Medicare.HorizonBlue.com/Formulary-Lookup).

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos los cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para ver si habrá alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otra persona que receta) y solicitar al plan que realice una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 8 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (o persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Puedes llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en la lista de medicamentos aprobados durante los primeros 90 días del año del plan o durante los primeros 90 días de la membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para conocer más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando su suministro temporal se acabe. Puede cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que realice una excepción para su caso y cubra el medicamento actual.

Las solicitudes de excepción de la lista de medicamentos aprobados se aprueban generalmente para un período de 12 meses y deberá presentar una nueva solicitud de excepción para una revisión después de transcurrido ese tiempo el próximo año.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para principios de cada año. Sin embargo, durante el año, es posible que realicemos otros cambios permitidos por

las reglas de Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, puede continuar trabajando con su médico (u otra persona que receta) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y brindando otra información necesaria para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que hacemos en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

SECCIÓN 2. Decidir qué plan elegir

Sección 2.1: Si quiere permanecer en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, automáticamente permanecerá inscrito en nuestro plan Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).

Sección 2.2: Si quiere cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro el próximo año, pero si quiere cambiar en 2021, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O bien*, se puede cambiar a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021), llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 5.2).

También puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov/plan-compare>. **Allí, puede buscar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).

- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta médica**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta médica**, debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono figuran en la Sección 5.1 de este folleto).
 - *O bien*, 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 la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta médica de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

SECCIÓN 3. Cambiar de plan

Si quiere cambiarse a otro plan o a Original Medicare el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1.º de enero de 2021.

¿Se pueden realizar cambios en otro momento del año?

En determinadas situaciones, los cambios también se permiten en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con cobertura de Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” (Extra Help) para pagar sus medicamentos, las que tienen o abandonarán la cobertura del empleador y las que se mudan fuera del área de servicio pueden tener permitido realizar un cambio en otro momento del año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2021 y no está conforme con su elección del plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta médica de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 4. Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Nueva Jersey, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud de Nueva Jersey.

El SHIP es independiente (no está conectado con ninguna aseguradora o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del SHIP pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al SHIP al 1-800-792-8820. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud si visita su sitio web (<http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Nueva Jersey, División de Asistencia Médica y Servicios de Salud, a su número gratuito 1-800-356-1561 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:45 p. m. Pregunte cómo el hecho de inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la manera en que usted obtiene su cobertura de NJ FamilyCare (Medicaid).

SECCIÓN 5. ¿Tiene preguntas?

Sección 5.1: Obtener ayuda de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-543-5656. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos a su disposición para llamadas telefónicas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura 2021* (contiene detalles sobre los beneficios del próximo año).

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de cambios en sus beneficios para 2021. Para conocer detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura 2021* de Horizon NJ TotalCare (HMO D-SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal detallada de sus beneficios del plan. Explica sus derechos y las normas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos con receta médica. Podrá encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web, HorizonBlue.com/Medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en HorizonBlue.com/Medicare. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores y farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos aprobados).

Sección 5.2: Obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

También 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 (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para que le ayuden a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (Medicare y Usted 2021). Cada año en otoño, se envía este manual por correo a las personas con Medicare. Presenta un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (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).

Sección 5.3: Obtener ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid, puede llamar a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.