

Capítulo 2: Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le brinda información de contacto para recursos importantes que pueden ayudarlo a responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de salud. También puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de cuidado de salud y otras personas para que actúen en su nombre. Los términos claves y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su *Manual del miembro*.

[If applicable, plans should modify this chapter to include contact information for other resources.]

[Plans should refer to other parts of the Member Handbook using the appropriate chapter number, section, and/or page number. For example, “refer to Chapter 9, Section A, page 1.” An instruction [insert reference, as applicable] appears with many cross references throughout the Member Handbook. Plans may always include additional references to other sections, chapters, and/or member materials when helpful to the reader.]

[Plans must update the Table of Contents to this document to accurately reflect where the information is found on each page after plan adds plan-customized information to this template.]



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

Índice

- A. Servicios al miembro..... 3
- B. Su coordinador de cuidado de salud..... 6
- C. [Insert State-specific Name of SHIP Program]..... 7
- D. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):..... 8
- E. Medicare..... 9
- F. [Insert name of Medicaid Program]..... 10
- G. [Insert state-specific name for ombudsperson program]..... 11
- H. [Insert State-specific Name of the Long-Term Care (LTC) Ombudsperson Program]..... 12
- I. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos de receta..... 13
 - I1. Ayuda adicional..... 13
 - I2. Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) [Plans in states without an SPAP or where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals should delete this section.]..... 14
 - I3. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)..... 14
- J. Seguro Social..... 15
- K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)..... 16
- L. Seguro colectivo u otro seguro de un empleador..... 17
- M. Otros recursos..... 18



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

A. Servicios al miembro

LLAME AL	<p><Phone number(s)>. Esta llamada es gratis.</p> <p><Days and hours of operation> [Include information on the use of alternative technologies.]</p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><TTY phone number>. Esta llamada es gratis.</p> <p>[Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]</p> <p><Days and hours of operation></p>
FAX	[Fax number is optional.]
ESCRIBA A	<Mailing address>
CORREO ELECTRÓNICO	[Email address is optional.]
SITIO WEB	[Web URL.]

Comuníquese con Servicios al miembro para obtener ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
 - Preguntas sobre reclamos o facturación
- [If plans have different numbers for the functions listed below, plans should insert separate charts with the additional contact information.]
- Decisiones de cobertura sobre su cuidado de salud
 - o Una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y servicios cubiertos o
 - la cantidad que pagamos por sus servicios de salud.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- o Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud.
- o Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.
- Apelaciones sobre su cuidado de salud
 - o Una apelación es una vía formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y solicitarnos que la cambiemos si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - o Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro* o comuníquese con Servicios al miembro.
- Quejas sobre su cuidado de salud
 - o Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier proveedor (incluido un proveedor de la red o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor incluido en nuestro plan. También puede presentar una queja ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) sobre la calidad del cuidado de salud que recibió (consulte la **Sección F** [*insert reference, as applicable*]).
 - o Puede llamarnos y explicarnos su queja al *<phone number>*.
 - o Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre su cuidado de salud, puede presentar una apelación (consulte la sección anterior [*insert reference, as applicable*]).
 - o Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - o [*Insert additional instructions regarding how to make a complaint as directed by the state.*]
 - o Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su cuidado de salud, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - o Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y medicamentos cubiertos o



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- la cantidad que pagamos por sus medicamentos.
- o Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare *[insert if applicable, and name of Medicaid program prescription drugs and over-the-counter drugs]*.
- o Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura de sus medicamentos de receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - o Una apelación es una forma de solicitarnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - o Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos de receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - o Puede presentar una queja sobre nosotros o cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos de receta.
 - o Si su queja es sobre una decisión de cobertura sobre sus medicamentos de receta, puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior *[insert reference, as applicable]*.)
 - o Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede utilizar un formulario en línea en www.es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - o Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos de receta, consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.
- Pago de cuidados de salud o medicamentos que ya pagó

[Plans with an arrangement with the state may add language to reflect that the organization is not allowed to reimburse members for Medicaid-covered benefits.]

 - o Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su *Manual del miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- o Si nos pide que pagemos una factura y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su *Manual del miembro*.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

B. Su coordinador de cuidado de salud

[Plans should include information explaining what a care coordinator is, how members can get a care coordinator, how they can contact the care coordinator, and how they can change their care coordinator. Plans can modify this section as appropriate.]

LLAME AL	<p><Phone number(s)>. Esta llamada es gratis.</p> <p><Days and hours of operation> <i>[Include information on the use of alternative technologies.]</i></p> <p>Contamos con servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p><TTY phone number>. Esta llamada <i>[insert if applicable: no]</i> es gratis.</p> <p><i>[Insert if the plan uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]</i></p> <p><Days and hours of operation></p>
FAX	<i>[Fax number is optional.]</i>
ESCRIBA A	<Mailing address>
CORREO ELECTRÓNICO	<i>[Email address is optional.]</i>
SITIO WEB	<i>[Web address is optional.]</i>

Comuníquese con su coordinador de cuidado de salud para obtener ayuda con:

- preguntas sobre su cuidado de salud
- preguntas sobre cómo obtener servicios de salud del comportamiento (salud mental y trastorno por consumo de sustancias)
- preguntas sobre el transporte
- *[Plans should include long-term services and supports and insert information describing LTSS coverage as applicable.]*



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

- *[Plans may insert bullets noting additional areas that care coordinators can provide assistance with.]*

C. *[Insert State-specific Name of SHIP Program]*

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) brinda asesoramiento gratuito sobre seguros médicos a personas con Medicare. En *<insert state>*, el SHIP se llama *<state-specific SHIP name>*.

<Insert state-specific SHIP name> no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	<i><Phone number(s)></i> <i><Days and hours of operation></i>
TTY	<i>[TTY phone number is optional.]</i> <i>[Insert if the SHIP uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]</i>
ESCRIBA A	<i><Mailing address></i>
CORREO ELECTRÓNICO	<i>[Email address is optional.]</i>
SITIO WEB	<i><Web address></i>

Comuníquese con *<insert name of SHIP program>* para obtener ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores de *<state-specific SHIP name>* pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiarse a un nuevo plan y ayudarlo a:
 - o comprender sus derechos,
 - o comprender sus opciones de planes,
 - o presentar quejas sobre su cuidado de salud o tratamiento, y
 - o solucionar problemas con sus facturas.



Si tiene alguna pregunta, llame a *<plan name>* al *<toll-free phone and TTY numbers>*, *<days and hours of operation>*. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite *<web address>*.

D. Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO):

Nuestro estado tiene una organización llamada <state-specific QIO name>. Este es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado de salud de las personas con Medicare. <state-specific QIO name> no está conectado con nuestro plan.

LLAME AL	<Phone number(s)>
TTY	[TTY phone number is optional.] [Insert if the QIO uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]
ESCRIBA A	<Mailing address>
CORREO ELECTRÓNICO	[Email address is optional.]
SITIO WEB	<Web address>

Comuníquese con <state-specific QIO name> para obtener ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de salud
- presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - o tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - o piensa que su estadía en el hospital es demasiado breve, o
 - o cree que sus servicios de cuidado de salud en su domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) son demasiado breves.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

E. Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratis. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de salud en el hogar, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospicios. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O, puede llamar a Medicare al número mencionado arriba e indicarles lo que está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y analizarán la información con usted.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

F. **[Insert name of Medicaid Program]**

[Plans must adapt this generic discussion of Medicaid to reflect the name or features of the Medicaid program in the plan’s state or states.]

[If there are two different agencies handling eligibility and coverage/services, the plan should include both and clarify the role of each.]

[Plans must, as appropriate, include additional telephone numbers for Medicaid program assistance.]

[Insert state-specific name of Medicaid program] ayuda con servicios médicos y de largo plazo y apoya los costos para personas con ingresos y recursos limitados.

Está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame al <state-specific Medicaid agency>.

[If applicable, plans may also inform members that they can get information about Medicaid from county resource centers and indicate where members can find contact information for these centers.]

LLAME AL	[Insert state-specific Medicaid agency.] <Days and hours of operation>
TTY	[Insert number, if available. Or delete this row.] [Insert if the state Medicaid program uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]
ESCRIBA A	<Insert Mailing address.>
CORREO ELECTRÓNICO	[Email address is optional.]
SITIO WEB	<Insert Web URL.>



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

G. **[Insert state-specific name for ombudsperson program]**

[If there is no general ombudsperson in the state plans can delete this section and re-letter the sections as applicable.] El <state-specific name for ombudsperson program> funciona como un defensor en su nombre. Pueden responder preguntas si tiene un problema o una queja y pueden ayudarlo a entender qué hacer. <State-specific name for ombudsperson program> también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No están conectados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

LLAME AL	<Phone number(s)> <Days and hours of operation>
TTY	[TTY phone number is optional.] [Insert if the ombudsperson program uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]
ESCRIBA A	<Insert Mailing address.>
CORREO ELECTRÓNICO	[Email address is optional.]
SITIO WEB	<Insert Web URL.>



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

H. *[Insert State-specific Name of the Long-Term Care (LTC) Ombudsman Program]*

[If there is no LTC ombudsman in the state plans can delete this section and re-letter the sections as applicable.] El *<state-specific LTC Ombudsman name>* ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares para personas de la tercera edad y a resolver problemas entre los hogares para personas de la tercera edad y los residentes o sus familias.

<Insert state-specific LTC Ombudsman name> no está conectado con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud.

LLAME AL	<i><Phone number(s)></i> <i><Days and hours of operation></i>
TTY	<i>[TTY phone number is optional.]</i> <i>[Insert if the LTC Ombudsman uses a direct TTY number: Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.]</i>
ESCRIBA A	<i><Mailing address></i>
CORREO ELECTRÓNICO	<i>[Email address is optional.]</i>
SITIO WEB	<i><Web address></i>

? Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

I. Programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos de receta

El sitio web Medicare.gov (www.es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos de receta. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, como se describe a continuación.

I1. Ayuda adicional

Debido a que es elegible para Medicaid, califica a y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de receta. No necesita hacer nada para obtener esta “Ayuda adicional”.

LLAME AL	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
SITIO WEB	www.es.medicare.gov

[Plans that have no drug cost-sharing may delete this section.]

Si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- *[Plans should insert process for allowing members to request assistance with obtaining best available evidence, and for providing this evidence.]*
- *[Plans should update this description to accurately reflect the process in this bullet.]*
Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que se le cobre el copago correcto cuando obtenga su próxima receta. Si paga de más su copago, le devolveremos el dinero. Le enviaremos un cheque



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

o deduciremos el monto de los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene su copago como una deuda de su propiedad, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios al miembro si tiene preguntas.

12. Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP) *[Plans in states without an SPAP or where the SPAP excludes enrollment of dual eligible individuals should delete this section.]*

Si está inscrito en un SPAP o en cualquier otro programa que brinde cobertura para los medicamentos de la Parte D de Medicare que no sea “Ayuda adicional”, aún obtiene el 70 por ciento de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el cinco por ciento del costo de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El descuento del 70 por ciento y el cinco por ciento que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier SPAP u otra cobertura.

13. Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)

[Plans should delete this section if not applicable.] ADAP ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos de receta *[insert state-specific ADAP information]*. Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia estatal y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al *[insert state-specific ADAP contact information]*.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

J. Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y maneja la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. Disponibles de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar sus servicios telefónicos automatizados para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada.
ESCRIBA A	<i><Insert Mailing address.></i>
CORREO ELECTRÓNICO	<i>[Email address is optional.]</i>
SITIO WEB	www.ssa.gov/es



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

K. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La RRB es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si recibe Medicare a través de la RRB, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la RRB, comuníquese con la agencia.

LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para personas que tienen dificultad para oír o hablar. Debe tener un equipo telefónico especial para hacer la llamada. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	www.rrb.gov



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

L. Seguro colectivo u otro seguro de un empleador

[Plans should delete this section if members covered under employer groups are not eligible to participate in D-SNPs in the state.]

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios al miembro si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o jubilado (o los de su cónyuge o pareja de hecho). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) con preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos de receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos de receta con nuestro plan.



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.

M. Otros recursos

[Plans may insert this section to provide additional information resources, such as county aging and disability resource centers, choice counselors, or area agencies on aging or any other sections as directed by the state. Plans should format consistently with other sections, include a brief description and information about any other resources they add, and update the Table of Contents.]



Si tiene alguna pregunta, llame a <plan name> al <toll-free phone and TTY numbers>, <days and hours of operation>. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite <web address>.