

Cigna Fundamental Medicare (HMO) ofrecido por Cigna

NOTIFICACIÓN ANUAL DE CAMBIOS PARA 2022

En este momento, usted está inscrito como miembro de Cigna Fundamental Medicare (HMO). El próximo año, los costos y los beneficios del plan sufrirán algunos cambios. *Este cuadernillo le brinda información sobre los cambios.*

- **Usted podrá realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**

Qué tiene que hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios le afectan.

- Fíjese qué cambios se hicieron en nuestros beneficios y costos para ver si le afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que pueda cubrir sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted usa?
 - En las Secciones 1.1 y 1.4 encontrará información sobre los cambios en los beneficios y los costos que se implementarán en nuestro plan.
- Fíjese si sus médicos y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas con los que se atiende regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales u otros proveedores que usa?
 - En la Sección 1.3 encontrará información sobre nuestro *Directorio de proveedores y farmacias*.
- Piense en sus costos de cuidado de la salud totales.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y los medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y en los deducibles?
 - En cuanto a los costos totales de su plan, ¿qué diferencia hay con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes.

- Consulte la cobertura y los costos de los planes disponibles en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista incluida en la parte de atrás del manual *Medicare y usted 2022*.
 - En la Sección 3.2 podrá obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que haya encontrado un plan preferido, confirme sus costos y la cobertura en el sitio web del plan.

H4513_22_98752_009S_M

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

22_A_H4513_009_S

3. ELIJA: Decida si desea cambiar de plan.

- Si no se afilia a otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se le inscribirá en Cigna Fundamental Medicare (HMO).
- Si desea cambiarse a **otro plan** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, podrá hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, afíliese a un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**.

- Si no se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se le inscribirá en Cigna Fundamental Medicare (HMO).
- Si se afilia a otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2022**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
- Para que le proporcionemos información de manera que la entienda bien, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono se indican en la Sección 7.1 de este cuadernillo). Podemos suministrarle información en braille, letra grande y otros formatos alternativos si la necesita.
- **La cobertura en virtud de este Plan reúne los requisitos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Cigna Fundamental Medicare (HMO)

- Cigna tiene un contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y Planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D en algunos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna depende de la renovación de contrato.
 - Cuando este cuadernillo dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Cigna. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Cigna Fundamental Medicare (HMO).
-

Resumen de costos importantes para 2022

La siguiente tabla compara los costos de 2021 con los costos de 2022 de Cigna Fundamental Medicare (HMO) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual del plan	\$0	\$0
Desembolso máximo Lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte los detalles en la Sección 1.2).	\$3,900	\$4,300
Visitas al consultorio del médico	Visitas de cuidado primario: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$30 por visita	Visitas de cuidado primario: Copago de \$0 por visita Visitas a especialistas: Copago de \$30 por visita
Hospitalizaciones como paciente internado Incluye los servicios hospitalarios para pacientes internados con afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, servicios hospitalarios de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de ser dado de alta es su último día como paciente internado.	Copago de \$600 por estadía	Copago de \$600 por estadía

Notificación anual de cambios para 2022

Índice

Resumen de costos importantes para 2022	3
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	5
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual	5
Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo.....	5
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	5
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	8
SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir	8
Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan.....	8
Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan.....	8
SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan	9
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	9
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta	9
SECCIÓN 7 ¿Preguntas?	10
Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan.....	10
Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare.....	10

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año**Sección 1.1 Cambios en la prima mensual**

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Usted además debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$0	\$0
Reducción de la prima de la Parte B	Reduciremos su prima mensual de la Parte B de Medicare por un monto de hasta \$125	Reduciremos su prima mensual de la Parte B de Medicare por un monto de hasta \$125

Sección 1.2 Cambios en su desembolso máximo

Con el objetivo de protegerle, Medicare les exige a todos los planes de salud que limiten lo que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “desembolso máximo”. Una vez que usted alcance esta suma, generalmente no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Desembolso máximo Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se computan para su desembolso máximo.	\$3,900	\$4,300 Una vez que haya pagado \$4,300 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores sufrirá algunos cambios para el próximo año. Podrá encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias* por correo.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2022* para averiguar si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) pertenecen a nuestra red.

Es importante que sepa que es posible que hagamos cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varios motivos por los cuales su proveedor puede irse de su plan; pero si su médico o especialista efectivamente se van de su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos garantizar un acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para notificarle que su proveedor dejará de pertenecer a nuestro plan con una anticipación de al menos 30 días, para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para que siga manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted se está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que se esté realizando. Nosotros trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos ofrecido un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no se está manejando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se irá de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para manejar sus necesidades de cuidado de la salud.

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

La cobertura de determinados servicios médicos cambiará el próximo año. La información incluida a continuación describe estos cambios. Para conocer detalles de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, de su *Evidencia de cobertura de 2022*.

Servicios del programa de tratamiento del consumo de opioides

Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno de consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de los servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento del Consumo de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)
- Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios de telesalud adicionales: Fisioterapia y patología del habla y del lenguaje	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$30 por las visitas virtuales de fisioterapia cubiertas por Medicare. Las visitas virtuales de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare no están cubiertas.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por las visitas virtuales de fisioterapia cubiertas por Medicare. Usted paga un copago de \$0 por las visitas virtuales de patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.
Examen físico anual	<u>Dentro de la red</u> Sin cobertura.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por un examen físico anual.
Programa Catasys	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por el programa Catasys OnTrak™.	<u>Dentro de la red</u> El programa Catasys OnTrak™ no está cubierto.
Servicios dentales	<u>Dentro de la red</u> Es posible que se apliquen reglas de autorización. El plan no tiene una cantidad de asignación máxima por año para servicios dentales preventivos complementarios y tiene una cantidad de asignación máxima de \$1,000 por año para servicios dentales integrales complementarios.	<u>Dentro de la red</u> No se necesita autorización. El plan no tiene una cantidad de asignación máxima por año para servicios dentales integrales y preventivos complementarios. Usted pagará un copago de \$0 por algunos servicios dentales. Para obtener más información sobre sus beneficios dentales y los costos compartidos, comuníquese con el

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales.	proveedor de servicios dentales de Cigna llamando al 1-866-213-7295 (TTY 711) o visite cignamedicare.com/resources después del 1 de octubre de 2021 para buscar la Guía dental de su plan.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por tiras reactivas, monitores y dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa de marca preferida para personas diabéticas. Las marcas no preferidas no están cubiertas.</p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por los demás suministros para el monitoreo (p. ej., lancetas).</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 10% por plantillas y calzados terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 0% por tiras reactivas, monitores y dispositivos para el monitoreo continuo de la glucosa de marca preferida para personas diabéticas. Las marcas no preferidas no están cubiertas.</p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por los demás suministros para el monitoreo (p. ej., lancetas).</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un coseguro del 20% por plantillas y calzados terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>
Servicios de audición	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare en el consultorio de un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare en el consultorio de un especialista.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Usted paga un copago de \$30 por los exámenes de audición de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p>
Equipos y servicios de calidad del aire interior	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Reembolso de \$150 por año para equipos y servicios de calidad del aire interior (acondicionador de aire).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Sin cobertura.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cuidados en un centro de cuidados especiales (SNF, por sus siglas en inglés)	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de: – Días 1-20: \$0 por día – Días 21-100: \$184 por día por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de: – Días 1-20: \$0 por día – Días 21-100: \$188 por día por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Consulte la siguiente tabla para ver otros cambios importantes en su plan.

Descripción	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cambio de proveedor de servicios de la vista de Cigna	Cigna tiene un proveedor de servicios de la vista que usted puede contactar para solicitar información sobre sus beneficios para el cuidado de la vista.	Cigna tendrá un nuevo proveedor de servicios de la vista en 2022. Para obtener información sobre sus beneficios para el cuidado de la vista, llame al 1-888-886-1995.

SECCIÓN 3 Decidir qué plan elegir

Sección 3.1 Si quiere quedarse en nuestro plan

Para quedarse en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, permanecerá inscrito automáticamente en nuestro plan Cigna Fundamental Medicare (HMO).

Sección 3.2 Si quiere cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si quiere cambiar de plan para 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Obtenga información sobre sus opciones y compare

- Puede afiliarse a un plan de salud de Medicare diferente oportunamente,
- *–O bien–* Puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, tendrá que decidir si se afiliará a un plan de medicamentos de Medicare. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede haber una multa por inscripción tardía para la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y usted 2022*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de su área. Ingrese en www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí encontrará información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que Cigna ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos otros planes pueden tener una cobertura, primas mensuales y sumas de costo compartido diferentes.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud escrita para cancelar su inscripción. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de este cuadernillo).

- *O bien*– Comunicarse con **Medicare**, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiar de plan

Si usted quiere cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

¿Puedo cambiar en algún otro momento del año?

En algunas situaciones, está permitido cambiarse en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, las que reciben “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen o dejarán de tener una cobertura del empleador, y las que se mudan del área de servicio pueden cambiarse en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que entrará en vigor el 1 de enero de 2022 y no le gusta el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) del 1 de enero al 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP, por sus siglas en inglés) de Texas.

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas es independiente (no tiene ninguna conexión con ninguna compañía de seguros ni ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer asesoramiento **gratuito** sobre seguros de salud locales a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar al Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) de Texas al 1-800-252-9240.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que usted reúna los requisitos para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación le brindamos una lista de diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para obtener “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% de los costos de sus medicamentos o un porcentaje mayor, que incluye primas mensuales de medicamentos con receta, deducibles anuales y coseguro. Además, quienes reúnan los requisitos no tendrán una interrupción en la cobertura ni deberán pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para recibir este tipo de ayuda y ni siquiera lo saben. Para averiguar si reúne los requisitos, puede llamar a:
 - 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, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - Su oficina de Medicaid del estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Programa de Cuidado de la Salud Renal que ayuda a las personas a pagar los medicamentos con receta, según su necesidad financiera, edad o afección médica. Para obtener más información acerca del programa, consulte a su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (el nombre y los números de teléfono de esta organización aparecen en la Sección 5 de este cuadernillo).
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia para Medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a las personas que reúnen los

requisitos y que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que pueden salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP reúnen los requisitos para recibir asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta. En Texas, el ADAP es el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas. Nota: Para reunir los requisitos para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, como presentar una constancia de residencia en el estado y de que tienen VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y demostrar que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente.

Si usted está inscrito en un ADAP actualmente, este programa puede seguir brindándole asistencia para el costo compartido de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare para medicamentos que estén incluidos en el formulario del ADAP. A fin de asegurarse de que continuará recibiendo esta asistencia, notifique cualquier cambio en el número de póliza o el nombre de su plan de la Parte D de Medicare al empleado encargado de las inscripciones de su ADAP local. Para comunicarse con el Programa de Medicamentos para el VIH de Texas, llame al 1-800-255-1090.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

Sección 7.1 Cómo recibir ayuda de nuestro plan

¿Tiene preguntas? Estamos para servirle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-668-3813. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos llamadas telefónicas del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su **Evidencia de cobertura de 2022** (contiene detalles sobre los beneficios y costos para el próximo año)

Esta *Notificación anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios que sufrirán sus beneficios y costos en 2022. Para conocer más detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2022 de Cigna Fundamental Medicare (HMO). La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que tiene que seguir para recibir servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web www.cignamedicare.com. También puede llamar a Servicio al Cliente para pedirnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura* por correo.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web www.cignamedicare.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*).

Sección 7.2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener 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 (www.medicare.gov). El sitio tiene información sobre costo, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede usar el Localizador de planes de Medicare que se encuentra en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y usted 2022*. Este manual se envía por correo a las personas que tienen Medicare en otoño de todos los años. Contiene un resumen de los beneficios de Medicare, los derechos y las protecciones, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede conseguirla 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.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.