



ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS) ofrecido por ConnectiCare, Inc.

Aviso anual de cambios para 2025

Actualmente está inscrito/a como miembro de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS). El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 4 para obtener un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento le informa sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede revisar la *Evidencia de cobertura* enviada por correo por separado para ver si otros cambios en los beneficios o costos le afectan. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

- **Tiene tiempo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**

Qué debe hacer ahora

1. PREGUNTE: ¿Qué cambios se aplican a usted?

- Revise los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si estos le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de la atención médica (médico, hospital).
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- Controle si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores estarán en nuestra red el próximo año.
- Piense si está satisfecho con nuestro plan.

2. COMPARE: Conozca otras opciones de planes

- Revise la cobertura y los costos de planes en su área. Use el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare/ o consulte la lista que se encuentra al dorso de su manual *Medicare y Usted 2025*. Para obtener apoyo adicional, comuníquese con su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Cuando reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme los costos y la cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).
- Para cambiar a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1.º de enero de 2025**. Esto finalizará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).
- Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Original Medicare (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Recursos adicionales

- Este documento se encuentra disponible en español de forma gratuita.
- Comuníquese con el número del Servicio de Atención a Miembros al **1-800-224-2273** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.
- También podemos proporcionar información de manera que le sea útil a usted (información en formatos alternativos). Comuníquese con el Servicio de Atención a Miembros llamando al número que se indicó anteriormente si necesita información del plan en otro formato o idioma.
- **La cobertura conforme a este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC, siglas en inglés)** y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)

- ConnectiCare, Inc. es un plan HMO-POS que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este documento diga “nosotros”, “nos” o “nuestro” hace referencia a ConnectiCare, Inc. Cuando diga “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).
- Este plan no incluye la cobertura de medicamentos con receta Parte D de Medicare y no puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta Parte D de Medicare por separado y en este plan al mismo tiempo. Nota: Si no tiene cobertura de medicamentos con receta de Medicare o cobertura de medicamentos con receta acreditable (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalidad por inscripción tardía en caso de que se inscriba en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Aviso anual de cambios para 2025

Índice

Resumen de costos importantes para 2025.....	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	5
Sección 1.1: Cambios en la prima mensual.....	5
Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo	5
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 1.4: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	6
SECCIÓN 2 Qué plan elegir.....	8
Sección 2.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)	8
Sección 2.2: Si desea cambiar de plan	8
SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan	9
SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare.....	9
SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta	10
SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?	11
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).....	11
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare	12

Resumen de costos importantes para 2025

En la siguiente tabla, se comparan los costos de 2024 y los costos de 2025 de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS) en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.**

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual del plan (Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles).	\$0	\$0
Importe de gasto máximo de bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para conocer los detalles).	\$6,000	\$6,000
Visitas al consultorio médico	<u>Visitas de atención primaria:</u> Copago de \$0 por visita <u>Visitas a especialistas:</u> Copago de \$10 por visita	<u>Visitas de atención primaria:</u> Copago de \$0 por visita <u>Visitas a especialistas:</u> Copago de \$10 por visita
Estancias hospitalarias de pacientes ingresados	Días 1 a 6: copago de \$295 por día. Copago de \$0 por cada día adicional; para cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa.	Días 1 a 6: copago de \$295 por día. Copago de \$0 por cada día adicional; para cada hospitalización. Sin límite de días. Se requiere autorización previa.

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

Sección 1.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Prima mensual	\$0	\$0
(También debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B).		

Sección 1.2: Cambios en su importe de gasto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten la cantidad que usted paga de su bolsillo para el año. Este límite se denomina importe de gasto máximo de bolsillo. Cuando alcanza este importe, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Importe de gasto máximo de bolsillo	\$6,000	\$6,000
Sus costos de los servicios médicos cubiertos (como los copagos) cuentan para su importe de gasto máximo de bolsillo. La prima del plan no se tiene en cuenta para su importe de gasto máximo de bolsillo.		Cuando haya pagado \$6,000 de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted 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

Puede encontrar los directorios actualizados en nuestro sitio web connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo dentro de los tres días hábiles.

El próximo año se aplicarán cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el *Directorio de proveedores de 2025* emblemhealth.com/medicare para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos implementar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, comuníquese con Servicio de Atención a Miembros para que podamos ayudarle.

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

El próximo año realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
Acupuntura	Usted paga un copago de \$30 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$10 por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.
Centros quirúrgicos ambulatorios	Usted paga un copago de \$100 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$100 por una visita al centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. \$0 por colonoscopia de diagnóstico. Se requiere autorización previa.
Radiología de diagnóstico	Usted paga un copago de \$175 para los servicios de radiología de diagnóstico. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$175 para los servicios de radiología de diagnóstico. \$0 por mamografía de diagnóstico. Se requiere autorización previa.
Servicios de audición	Usted paga un copago de \$10 por un examen auditivo de rutina cubierto por año.	Usted paga un copago de \$0 por un examen auditivo de rutina cubierto por año.
Estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico	Usted paga un copago de \$2,179 por una estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. Se requiere autorización previa.	Usted paga un copago de \$2,290 por una estadía de paciente ingresado en un hospital psiquiátrico. Se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva	Usted paga un copago de \$60 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$55 por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 por colonoscopia de diagnóstico.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Servicios de observación para pacientes ambulatorios</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$200 por servicios de observación para pacientes ambulatorios.</p> <p>No se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención en un Centro de enfermería especializada (SNF)</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de \$203 por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 1 a 20; un copago de \$214 por día por servicios cubiertos por Medicare para los días 21 a 100, en cada periodo de beneficios.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Atención de la vista</p>	<p>Usted paga un copago de \$10 por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$500 cada año por un par de anteojos o lentes de contacto de rutina hasta la asignación.</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 por un examen de la vista de rutina por año.</p> <p>Nuestro plan cubre una asignación de hasta \$750 cada año por anteojos o lentes de contacto de rutina hasta la asignación.</p>
<p>Ambulancia terrestre en todo el mundo</p>	<p>Usted paga un copago de \$50 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>	<p>Usted paga un copago de \$100 por cada viaje en ambulancia terrestre en todo el mundo.</p> <p>Límite anual de \$50,000 combinado con atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo.</p> <p>No se exime el copago si el paciente queda internado.</p>

SECCIÓN 2 Qué plan elegir

Sección 2.1: Si desea permanecer en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)

Si desea permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).

Sección 2.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de planes para 2025, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- *O BIEN*, puede cambiarse a Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que se le aplique una penalidad por inscripción tardía en la Parte D.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes Medicare, utilice el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) (www.medicare.gov/plan-compare), lea el manual *Medicare y Usted 2025*, llame a su Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2). Recordatorio: ConnectiCare, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden diferir en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los importes de participación en los costos.

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el plan nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el plan de medicamentos nuevo. Automáticamente se cancelará su inscripción en ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta**, debe hacer lo siguiente:
 - Envíenos una solicitud de cancelación de inscripción por escrito. Comuníquese con Servicio de Atención a Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - – *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 que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Fecha límite para cambiar de plan

Si desea cambiarse a otro plan o a Original Medicare para 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 2025.

¿Hay otros momentos del año para efectuar un cambio?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen las personas con Medicaid, aquellas que reciben “Ayuda Adicional” en el pago de sus medicamentos, aquellas que tienen o dejan la cobertura del empleador y aquellas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1.º de enero de 2025 y no le gusta su elección de plan, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) entre el 1.º de enero y el 31 de marzo de 2025.

Si se mudó recientemente o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada u hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare aparte) en cualquier momento. Si se mudó recientemente fuera de una institución, tiene la oportunidad de cambiar de plan o de pasarse a Original Medicare durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

SECCIÓN 4 Programas que ofrecen consejería gratuita sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia con seguros de salud (SHIP, siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En Connecticut, el SHIP se llama **CHOICES** (programa de Connecticut para asistencia con el seguro de salud, difusión, información y derivación, consejería, detección de elegibilidad [Connecticut’s program for **H**ealth insurance assistance, **O**utreach, **I**nformation and referral, **C**ounseling, **E**ligibility Screening]).

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para ofrecer consejería **gratuita** local sobre seguros de salud a personas con Medicare. Los consejeros de CHOICES pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan. Puede llamar a CHOICES al 1-800-994-9422. Para obtener más información sobre CHOICES, visite el sitio web (www.ct.gov/agingservices).

SECCIÓN 5 Programas que ayudan con el pago de los medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda con el pago de los medicamentos con receta.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir “Ayuda Adicional” a fin de pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta un 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, coseguro y deducibles anuales. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la penalidad por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:
 - o 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).
 - o La Oficina de Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes por un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
 - o a la oficina de Medicaid de su estado.
- **¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP, siglas en inglés) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que padecen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que ayudan a salvarles la vida. Los medicamentos con receta Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA califican para la asistencia de participación en los costos de medicamentos con receta a través del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut (Connecticut AIDS Drug Assistance Program, CADAP). **Nota:** Para ser elegibles para el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA que funciona en su estado, las personas deben satisfacer determinados criterios, lo que incluye prueba de residencia en el estado y estado con respecto al VIH, bajos ingresos según lo defina el estado y condición de persona sin seguro o con seguro insuficiente.

Si está inscrito/a actualmente en un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA, este puede continuar proporcionándole asistencia con la participación en los costos de sus medicamentos con receta de Medicare Parte D para medicamentos que se encuentran en la lista de medicamentos del ADAP. Para asegurarse de que continúe recibiendo esta asistencia, notifique al trabajador de inscripciones en su Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA local sobre cualquier cambio en el nombre o número de póliza de su plan de Medicare Parte D. Para obtener más información, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut al 1-800-424-3310.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Connecticut al 1-800-424-3310.

SECCIÓN 6 ¿Tiene preguntas?

Sección 6.1: Cómo obtener ayuda de ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS)

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Servicio de Atención a Miembros al 1-800-224-2273 (solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a sábado, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (esta contiene detalles sobre los beneficios y costos del próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le brinda un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2025. Para conocer los detalles, busque ConnectiCare Choice Plan 2 (HMO-POS) en la *Evidencia de cobertura de 2025*. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Allí se explican sus derechos y las reglas que debe cumplir para obtener los medicamentos con receta y los servicios cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en connecticare.com/medicare. También puede llamar al Servicio de Atención a Miembros para pedir que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.connecticare.com/medicare. A modo de recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*).

Sección 6.2: Cómo obtener 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). Este incluye información sobre costos, cobertura y calificaciones Estrella de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en área. Para ver la información acerca de los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.

Lea *Medicare y Usted 2025*

Lea el manual *Medicare y Usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Allí se incluye un resumen de las protecciones, los derechos y los beneficios de Medicare, y respuestas a las preguntas frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>) o 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.