

Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM ofrecido por HCSC Insurance Services Company (HISC)

Aviso anual de cambios para el 2022

Actualmente se encuentra inscrito como miembro de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)SM. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el siguiente año. *Este cuadernillo contiene información sobre los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Qué cambios aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para ver si lo afectan.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el año siguiente.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Mire las Secciones 1.1 y 1.5 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el cuadernillo sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados para saber si estos lo afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos están en una categoría diferente, con un costo compartido diferente?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, como necesitar nuestra aprobación antes de surtir su receta?
 - ¿Puede continuar usando las mismas farmacias? ¿Hay algún cambio en los costos al utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos del 2022 y consulte la Sección 1.6 para obtener más información acerca de cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

- Sus costos de medicamentos pueden haber aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle gastos anuales de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace "dashboards" (Tableros) en el medio de la segunda Nota en la parte inferior de la página. Estos tableros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información sobre los precios de medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar sus propios costos de medicamentos.
- Verifique si sus médicos y otros proveedores estarán dentro de la red el siguiente año.
- ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que usted ve regularmente, están en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que usted utiliza?
 - Lea la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.
- Piense en los costos de atención médica generales.
- ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos recetados que utiliza con regularidad?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y en los deducibles?
 - ¿En qué se diferencian sus costos totales del plan con los de otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.
- 2. COMPARE:** Conozca otras opciones de plan
- Revise las coberturas y los costos de los planes en su área.
- Use la función de búsqueda personalizada en el buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare. Haga clic en "Find health & drug plans" (Buscar planes de seguro de gastos médicos y de medicamentos).
 - Revise la lista que se encuentra en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted del 2022*.
 - Lea la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que reduzca sus opciones a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.
- 3. ELIJA:** Decida si desea cambiar de plan

- Si usted no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre del 2021, se lo inscribirá en el plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Si desea **cambiarse a un plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, se puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Lea la sección 3.2, página 18, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre del 2021**, se lo inscribirá en el plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre del 2021**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero del 2022**. La inscripción a su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Customer Service at 1-877-895-6437 (TTY only, call 711) for more information.
- ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-895-6437 (TTY: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-895-6437 for additional information. (TTY users should call 711). Hours are 8:00 a.m. – 8:00 p.m., local time, 7 days a week. If you are calling from April 1 through September 30, alternate technologies (for example, voicemail) will be used on weekends and holidays.
- Para obtener más información por favor póngase en contacto con nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros en 1-877-688-1813. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora de local, 7 días a la semana. Si usted está llamando desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) se utilizarán los fines de semana y festivos.
- Comuníquese con Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) si necesita esta información en otro idioma o formato (español, braille, letra grande o formatos alternativos).

- **La cobertura conforme a este Plan califica como una Cobertura médica calificada (QHC)** y cumple con el requerimiento de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Acerca de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

- HMO Special Needs Plan es proporcionado por HCSC Insurance Services Company (HISC), una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. HISC es una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y con el programa Texas Medicaid. La inscripción en el plan de HISC depende de la renovación del contrato.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutual de reserva legal (HCSC), un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

- Cuando en este cuadernillo se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa HCSC Insurance Services Company (HISC). Cuando se mencionen las palabras “el plan” o “nuestro plan”, significa Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
-

Resumen de costos importantes para el 2022

La tabla a continuación compara los costos del 2021 y los costos del 2022 para Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) en varias áreas importantes. **Sepa que esto es solamente un resumen de cambios.** Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*. Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio médico y estadías hospitalarias como paciente internado.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta suma. Consulte la Sección 1.1 para obtener más detalles.	\$23.30	\$18.80
Deducible	\$0 o \$203 (según sus ingresos y su condición institucional)	\$0 o \$203 (según sus ingresos y su condición institucional) Estos son los montos de gastos compartidos para el 2021 y pueden cambiar para el año 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas lo más pronto posible tras ser publicadas.
Consultas con el médico	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo total por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo total por consulta	Visitas al médico de atención primaria: 0% o 20% del costo total por consulta Visitas a especialista: 0% o 20% del costo total por consulta

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Internación en hospital</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes internados comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que reciba el alta es su último día como paciente internado.</p>	<p>\$0 o \$1,484 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90</p>	<p>\$0 o \$1,484 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90</p> <p>Estos son los montos de gastos compartidos para el 2021 y pueden cambiar para el año 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas lo más pronto posible tras ser publicadas.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p>	<p>Deducible \$445 (según sus ingresos y su condición institucional)</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Un copago de \$0; un copago de \$1.30; un copago de \$3.70 o un 15% del costo total <p>Todos los demás medicamentos: Un copago de \$0; un copago de \$4.00; un copago de \$9.20 o un 15% del costo total</p>	<p>Deducible de \$0 a \$480 (según sus ingresos y su condición institucional)</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Categoría de medicamento 1: Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos): Un copago de \$0; un copago de \$1.35; un copago de \$3.95 o un 15% del costo total <p>Todos los demás medicamentos: Un copago de \$0; un copago de \$4.00; un copago de \$9.85 o un 15% del costo total</p>
<p>Suma máxima de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más detalles).</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para la suma máxima de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para la asistencia de costos compartidos de Medicare bajo Medicaid, no es responsable de pagar los costos de su bolsillo para la suma máxima de su bolsillo para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para el 2022
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para el 2022	1
SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente	5
Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual	5
Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo	5
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores	6
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias	7
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	7
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	18
Sección 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)	18
Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan	18
SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan	19
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid	19
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados	20
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)	21
Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare	22
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid	22

SECCIÓN 1 Cambios en beneficios y costos para el año siguiente

Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Prima mensual (Usted tiene que continuar pagando su prima de la póliza de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$23.30	\$18.80

Sección 1.2 – Cambios en la suma máxima de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “gasto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Suma máxima de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan, alguna vez, este gasto máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de Medicaid con los copagos y los	\$7,550	\$7,550 Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios, no pagará nada por los servicios cubiertos

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo hasta la suma máxima de gastos de bolsillo para los servicios incluidos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos incluidos (tales como copagos y deducibles) cuentan para el gasto máximo de bolsillo. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su bolsillo.</p>		<p>durante el resto del año calendario.</p>

Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el siguiente año. En nuestro sitio web getbluetx.com/dsnp/providers, se encuentra disponible un *Directorio de proveedores* actualizado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un *Directorio de proveedores*. **Consulte el Directorio de proveedores del 2022 para ver si sus proveedores (profesional médico principal, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existe un número de motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas aprobados.
- Nos esforzaremos por informarle con una antelación de al menos 30 días que su proveedor abandona su plan para que tenga tiempo para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor aprobado para continuar gestionando sus necesidades de atención médica.

- Si se está sometiendo a un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor aprobado para reemplazar su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una apelación sobre nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y gestionar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, las cuales pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red por algunos medicamentos.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web getbluetx.com/dsnp/pharmacias, se encuentra disponible un *Directorio de farmacias* actualizado. También puede comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros para recibir información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*. **Revise el Directorio de farmacias del 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Considere que en el *Aviso Anual de Cambios* se le informa sobre los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos en el siguiente año. La información en la siguiente tabla describe estos cambios. Para obtener información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2022*. Una copia de la *Evidencia de Cobertura* se encuentra en nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Servicios de programas para tratamiento de opioides

Los miembros de nuestro plan que sufren de trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar dicho trastorno a

través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, en inglés), en el que se incluyen los siguientes servicios:

Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT, en inglés) de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de Estados Unidos.

- Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde).
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias.
- Terapia individual y grupal.
- Pruebas de toxicología.
- Actividades de admisión.
- Pruebas periódicas.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Internación hospitalaria por afección grave	Usted paga \$0 o \$1,484 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90.	Usted paga un deducible de entre \$0 y \$1,484 por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90. Estos son los montos de gastos compartidos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Si es elegible para recibir la asistencia de gastos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted pagará un copago de \$0.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Internación hospitalaria por afección grave: <i>días de reserva de por vida</i></p>	<p>Usted paga \$0 o \$742 de copago por día por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p>	<p>Usted paga un copago de entre \$0 y \$742 por día por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Estos son los montos de gastos compartidos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Si es elegible para recibir la asistencia de gastos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted pagará un copago de \$0.</p>
<p>Internación hospitalaria para servicios psiquiátricos</p>	<p>Usted paga \$0 o \$1,484 de deducible por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90.</p>	<p>Usted paga un deducible de entre \$0 y \$1,484 por cada período de beneficios; \$0 de copago por día para los días del 1 al 60; \$0 o \$371 de copago por día para los días del 61 al 90. Estos son los montos de gastos compartidos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Si es elegible para recibir la asistencia de gastos compartidos de Medicare</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
		conforme a Medicaid, usted pagará un copago de \$0.
Internación hospitalaria para servicios psiquiátricos: <i>días de reserva de por vida</i>	Usted paga \$0 o \$742 de copago por día por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).	Usted paga un copago de entre \$0 y \$742 por día por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida). Estos son los montos de gastos compartidos del 2021 y podrían cambiar para el 2022. Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP) proporcionará tasas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Si es elegible para recibir la asistencia de gastos compartidos de Medicare conforme a Medicaid, usted pagará un copago de \$0.
Beneficio de alimentos	El beneficio de alimentos <u>no</u> tiene cobertura.	Usted paga \$0 de copago por 2 comidas al día durante 28 días.
Artículos de venta libre (OTC, en inglés)	Los artículos de venta libre (OTC) <u>no</u> tienen cobertura.	Límite de cobertura del plan de \$250 cada 3 meses para medicamentos de venta libre específicos y otros productos relacionados con la salud. Los montos de OTC no utilizados no se pueden renovar para el siguiente año calendario.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicios de Transporte	Los servicios de transporte no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	\$0 de copago por hasta 120 viajes de ida cada año a lugares aprobados por el plan.
Atención para la vista (no incluido en Medicare: exámenes de la vista)	Los exámenes de la vista no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina todos los años.
Atención para la vista (no cubierto por Medicare: elementos para la vista)	Los elementos para la vista no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Monto de cobertura máxima del plan de \$200 dentro de la red por elementos para la vista de rutina cada año.
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare: atención preventiva)	Los servicios dentales preventivos no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga \$0 de copago por un máximo de 2 exámenes bucales por año, 2 limpiezas por año y 1 radiografía con aleta de mordida por año.
Servicios dentales (no cubiertos por Medicare: atención integral)	Los servicios dentales integrales no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Un monto de cobertura máxima del plan de \$2,000 para beneficios integrales dentales dentro y fuera de la red por año.
Programas educativos de salud y bienestar	El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers [®] <u>no</u> tiene cobertura.	El programa de acondicionamiento físico SilverSneakers [®] tiene cobertura. Usted paga \$0 de copago por este programa de bienestar.

Costo	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Exámenes auditivos (no cubiertos por Medicare)	Los exámenes auditivos no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> \$0 de copago por 1 examen auditivo de rutina por año Consultas ilimitadas a proveedores para implantes y ajustes en un período de 12 meses a partir de la compra de los audífonos TruHearing.
Audífonos (no cubiertos por Medicare)	Los audífonos no cubiertos por Medicare <u>no</u> están cubiertos.	<u>Dentro de la red</u> Límite máximo de cobertura del plan de \$2,000 para audífonos (ambos oídos combinados) que se adquieran dentro de la red por año.
Línea de asistencia de enfermería telefónica 24/7 Nurseline	La Línea de asistencia de enfermería telefónica 24/7 Nurseline <u>no</u> tiene cobertura.	\$0 de copago por la línea de asistencia de enfermería
Servicios de telemedicina	Los servicios de telemedicina adicionales <u>no</u> tienen cobertura.	<u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por consultas de atención médica inmediata a través de MDLive.

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o “Lista de medicamentos”. Proporcionamos una copia de nuestra lista de medicamentos de forma electrónica.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluso cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y consulte si existe alguna restricción.**

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

- **Hable con su médico (u otra persona que receta) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del siguiente año.
 - Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene algún problema o alguna queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Solicítele a su médico (o la persona que receta) que busque un medicamento diferente** que esté cubierto. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar el mismo problema médico.

En algunas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional de un medicamento que no esté en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía para evitar una brecha en la terapia. (Para averiguar más sobre cuándo puede obtener un suministro provisional y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el período en el cual recibe el suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué hará cuando este se termine. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que se cubra en el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales de la Lista de medicamentos pueden seguir cubiertas, según las circunstancias. Puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para confirmar la duración de la cobertura.

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, durante el año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios durante el año en la Lista de medicamentos, puede seguir trabajando con su médico (u otro recetador) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en la red en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted forma parte de un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un prospecto, titulado “Cláusula de Evidencia de Cobertura para quienes reciban el Ayuda Adicional para sus medicamentos con receta” (también llamado “Ayuda Adicional para Medicamentos con Receta” o “Cláusula LIS”), en el que se describen los costos de los medicamentos que le corresponden. Si recibe un “Ayuda Adicional”, pero no recibió este prospecto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y solicite su “Cláusula LIS”.

Hay cuatro “etapas de cobertura de medicamentos”. Lo que paga por un medicamento Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el siguiente año en las primeras dos etapas: la Etapa de deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa de Brecha en Cobertura o la Etapa de Cobertura de Catástrofe. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es de \$445, según el nivel de “Ayuda Adicional” que reciba. (Busque el prospecto que se incluye aparte, denominado “Cláusula LIS”, para consultar el monto de su deducible).</p>	<p>El monto de su deducible varía entre \$0 y \$480, según el nivel del “Ayuda Adicional” que reciba. (Busque el prospecto que se incluye aparte, denominado “Cláusula LIS”, para consultar el monto de su deducible).</p>

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para obtener información acerca de los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos en su Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red que proporciona costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Categoría de medicamento 1:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.30; un copago de \$3.70 o un 15% del costo total por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.00; un copago de \$9.20 o un 15% del costo total por receta médica.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con el costo compartido estándar:</p> <p>Categoría de medicamento 1:</p> <p>Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$1.35; un copago de \$3.95 o un 15% del costo total por receta médica.</p> <p>Todos los demás medicamentos:</p> <p>Usted paga un copago de \$0; un copago de \$4.00; un copago de \$9.85 o un 15% del costo total por receta médica.</p>
	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130; usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa</p>	<p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430; usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
	de Interrupción en la Cobertura).	de Interrupción en la Cobertura).

Cambios en la Etapa de Brecha en Cobertura y en la Etapa de Cobertura de Catástrofe

La Etapa de Brecha en Cobertura y la Etapa de Cobertura de Catástrofe son otras dos etapas de cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza ninguna de las etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Servicio de Farmacia por Correo	AllianceRx Walgreens Prime es una farmacia preferida	Tanto AllianceRx Walgreens Prime como Express Scripts [®] Pharmacy son farmacias preferidas
Suministros de pruebas para personas diabéticas	Los productos terapéuticos para el monitoreo continuo de glucosa (CGM, en inglés) están cubiertos por Abbott (Freestyle Libre/Libre II) y Dexcom (G5 y G6), y cuando se obtienen en la farmacia, están sujetos a autorización previa.	Los productos para el monitoreo continuo de la glucosa (CGM) obtenidos a través de la farmacia están sujetos a una autorización previa y cantidad límite; además, se prefiere la cobertura para los productos Dexcom G6 y Freestyle Libre de Abbott.

Descripción	2021 (este año)	2022 (el próximo año)
Gastos compartidos en farmacias de la red	Se aplican gastos compartidos estándar en todas las farmacias de la red.	Los gastos compartidos estándar se aplican en farmacias estándar y los gastos compartidos preferidos se aplican en farmacias preferidas. Revise el Directorio de farmacias del 2022 para verificar si su farmacia es preferida o estándar.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios farmacéuticos contratada por Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) para proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia. BCBSTX, así como varios otros planes independientes de Blue Cross and Blue Shield, mantiene una participación en Prime Therapeutics.

Prime Therapeutics LLC mantiene una participación en AllianceRx Walgreens Prime, una farmacia central de medicamentos especializados con entrega a domicilio. Prime Therapeutics LLC proporciona servicios de administración de beneficios farmacéuticos para Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) y pertenece a 18 planes de Blue Cross and Blue Shield, sus subsidiarias o filiales de esos planes.

Express Scripts[®] Pharmacy es una farmacia contratada para proporcionar servicios de farmacia con entrega por correo a los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX).

Express Scripts[®] Pharmacy es una marca comercial de Express Scripts Strategic Development, Inc.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

Para permanecer en nuestro plan, no debe hacer nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).

Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año siguiente, pero si desea cambiarse a 2022, siga estos pasos:

Primer paso: conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente.
- -- O-- También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para averiguar más sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare y Usted 2022*, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Segundo paso: cambie su cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Se cancelará automáticamente su inscripción en Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP).
- Para **cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados**, debe hacer lo siguiente:

- Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo proceder (los números de teléfono se encuentran en la Sección 7.1 de este cuadernillo).
- - O - 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 se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cambia a Original Medicare y **no** se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

SECCIÓN 4 Cómo cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. El cambio tendrá vigencia a partir del 1 de enero del 2022.

¿Se pueden realizar cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas con Medicaid, aquellos que obtienen un “Beneficio Adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que abandonaron o están en proceso de abandonar la cobertura del empleador y aquellos que se mudan del área de servicio podrían hacer un cambio en otro momento del año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage el 1 de enero del 2022, y no le gusta la opción de su plan, 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) entre el 1 de enero y el 31 de marzo del 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Texas, el SHIP es conocido como Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP).

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local **gratuito** sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare. Los consejeros de

Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Podrán ayudarlo a comprender sus opciones dentro del Plan de Medicare y responderán a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. También puede llamar a Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) al 1-800-252-9240. Puede averiguar más sobre Health Information, Counseling, and Advocacy Program (HICAP) visitando su sitio web <https://www.tdi.texas.gov/consumer/hicap/>.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Texas Health and Human Services, comuníquese con Texas Health and Human Services al 1-800-252-8263. El horario de atención es 8:00 a.m. to 5:00 p.m.. También puede visitar su sitio web en <https://www.hhs.texas.gov/>. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o regresar a Original Medicare afecta la forma en que obtiene su cobertura de Medicaid Texas.

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar medicamentos recetados

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos recetados. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que cuenta con cobertura de Medicaid, usted ya está inscrito en “Ayuda Adicional”, también llamado Subsidio por Bajos Ingresos. La Ayuda Adicional paga algunas de sus primas de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguro. Ya que usted califica, no tendrá una brecha en cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda Adicional, utilice la siguiente información para comunicarse:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - La oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes entre las 7:00 a. m. y 7:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Ayuda del programa de asistencia farmacéutica de su estado.** Texas tiene un programa llamado Kidney Health Care Program (KHC): Texas State Pharmaceutical Assistance Programs (ESRD Assistance only) que ayuda a las personas a pagar medicamentos recetados según sus necesidades financieras, edad o problemas médicos. Para averiguar más sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (el nombre y los números telefónicos de esta organización se encuentran en la Sección 5 de este cuadernillo).

- **Asistencia de costo compartido de recetas médicas para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP) ayuda a asegurar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan la vida. Las personas deben reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP son elegibles para recibir ayuda para cubrir los gastos compartidos de las recetas médicas a través de Texas HIV Medication Program (THMP). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

SECCIÓN 7 ¿Tiene Preguntas?

Sección 7.1 – Cómo obtener ayuda de Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-895-6437. (Solo para usuarios de TTY; llamar al 711). El horario de atención para llamadas telefónicas es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, 7 días a la semana. Si llama desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados. Las llamadas a estos números son gratuitas. Lea su *Evidencia de Cobertura 2022* (contiene información sobre los beneficios y los costos para el próximo año).

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de cambios en sus beneficios y costos para el 2022. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de Cobertura 2022* del plan Blue Cross Medicare Advantage Dual Care Plus (HMO SNP). La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Puede encontrar una copia de la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en getbluetx.com/dsnp. Como recordatorio, en nuestro sitio web se presenta la información más actualizada sobre la red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra lista de medicamentos incluidos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – 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 la página web de Medicare

Puede visitar la página web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el localizador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2022*

Puede leer el manual *Medicare y Usted 2022*. Este cuadernillo se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responde las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si no tiene una copia de este cuadernillo, puede obtenerlo en la página 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 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

Para obtener información de Medicaid Texas, puede comunicarse con Texas Health and Human Services al 1-800-252-8263. El horario de atención es 8:00 a.m. to 5:00 p.m.. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.