

**Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO)SM
proporcionado por HCSC Insurance Services Company (HISC)**

Aviso anual de cambios para el 2022

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

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

¿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?
 - Consulte 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 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?
 - Consulte 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.
 - Revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y Usted 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 Choice Plus (PPO).

- Para cambiar a un **plan diferente** que podría cubrir mejor sus necesidades, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de planes, inscríbese 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 Choice Plus (PPO).
- Si se inscribe en otro plan antes del **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 1-877-774-8592 (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 1-877-774-8592 (TTY: 711) para recibir más información.
- Please contact our Customer Service number at 1-877-774-8592 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 1-877-774-8592. (Usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 – 20:00, 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 Choice Plus (PPO) 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 Choice Plus (PPO)

- Los planes PPO son proporcionados por HCSC Insurance Services Company (HISC) y GHS Insurance Company (GHSIC). Los planes PPO para grupos de empleadores/sindicatos son proporcionados por Health Care Service Corporation (HCSC), una compañía mutua de reserva legal. HCSC, HISC y GHSIC son concesionarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. HCSC, HISC y GHSIC son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato.
 - 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 Choice Plus (PPO).
-

Resumen de costos importantes para el 2022

La tabla a continuación compara los costos de 2021 y los costos de 2022 para Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) 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/mapd. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de Cobertura*.

| 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. | \$20 | \$20 |
| Deducible | \$750 para servicios cubiertos de Medicare que no forman parte de la red. El deducible no aplica a los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios cubiertos recibidos de un profesional que forma parte de la red • Servicios de ambulancia • Servicios de la sala de emergencias | \$750 para servicios cubiertos de Medicare que no forman parte de la red. El deducible no aplica a los siguientes servicios: <ul style="list-style-type: none"> • Todos los servicios cubiertos recibidos de un profesional que forma parte de la red • Servicios de ambulancia • Servicios de la sala de emergencias |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios requeridos urgentemente en centros de atención médica inmediata | <ul style="list-style-type: none"> • Servicios requeridos urgentemente en centros de atención médica inmediata |
| <p>Montos de gasto máximo de bolsillo</p> <p>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>De profesionales que forman parte de la red: \$7,550</p> <p>Combinación de profesionales de la salud que forman y no forman parte de la red: \$11,300</p> | <p>De profesionales que forman parte de la red: \$7,550</p> <p>Combinación de profesionales de la salud que forman y no forman parte de la red: \$11,300</p> |
| <p>Consultas con el médico</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Consultas de atención médica básica: \$5 de copago por consulta,</p> <p>Consultas con un especialista: \$40 de copago por consulta,</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Consultas de atención médica básica: 50% del costo total por consulta,</p> <p>Consultas con un especialista: 50% del costo total por consulta,</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>Consultas de atención médica básica: \$5 de copago por consulta,</p> <p>Consultas con un especialista: \$40 de copago por consulta,</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Consultas de atención médica básica: 50% del costo total por consulta</p> <p>Consultas con un especialista: 50% del costo total por consulta</p> |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Internación en hospital</p> <p>Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes terminales internados por afecciones agudas, rehabilitación y atención médica 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 su alta es su último día como paciente internado.</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>\$375 de copago por día para los días 1-5 y \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por estadía</p> | <p><u>En la red</u></p> <p>\$375 de copago por día para los días 1-5 y \$0 de copago por día para los días 6-90</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 91 en adelante</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>50% del costo total por estadía</p> |
| <p>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más detalles).</p> | <p>Deducible: \$350</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Categoría de medicamento 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$7 de copago • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$0 de copago <p>Categoría de medicamento 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$20 de copago | <p>Deducible: \$350</p> <p>Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <p>Categoría de medicamento 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$10 de copago • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$0 de copago <p>Categoría de medicamento 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$20 de copago |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|-------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$13 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$10 de copago |
| | <p>Categoría de medicamento 3:</p> | <p>Categoría de medicamento 3:</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$47 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$47 de copago |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$40 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$47 de copago |
| | <p>Categoría de medicamento 4:</p> | <p>Categoría de medicamento 4:</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$100 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> \$100 de copago |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$93 de copago | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> \$100 de copago |
| | <p>Categoría de medicamento 5:</p> | <p>Categoría de medicamento 5:</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 26% del costo total | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos estándar:</i> 27% del costo total |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 26% del costo total | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Gastos compartidos preferidos:</i> 27% del costo total |

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 | 6 |
| Sección 1.1 – Cambios en su prima mensual | 6 |
| Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de bolsillo | 6 |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores | 7 |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias | 8 |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos | 9 |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D | 11 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 16 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 17 |
| Sección 3.1 – Si decide permanecer en Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO) | 17 |
| Sección 3.2 – Si decide cambiar de plan | 18 |
| SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan | 19 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare .. | 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 Choice Plus (PPO) | 21 |
| Sección 7.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare | 21 |

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 también debe continuar pagando su prima de Medicare Parte B). | \$20 | \$20 |

- Su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al Gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si recibe un “Ayuda Adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 6 sobre el “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 – Cambios en el gasto máximo de 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) |
|---|-----------------|--|
| <p>Gasto máximo de bolsillo por servicios cubiertos dentro de la red</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) que proporcionen profesionales que forman parte de la red cuentan para el gasto máximo de bolsillo en la red. Su prima del plan y los costos de los medicamentos recetados no cuentan para calcular la suma máxima de su bolsillo.</p> | \$7,550 | <p>\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 de los servicios cubiertos como gasto de bolsillo, no pagará nada por los servicios cubiertos que proporcionen profesionales que forman parte de la red por el resto del año calendario.</p> |
| <p>Gasto máximo de bolsillo combinado</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos y deducibles) que proporcionen profesionales que forman y no forman parte de la red cuentan para el gasto máximo de bolsillo combinado. Su prima del plan y los costos de los medicamentos con receta para pacientes no hospitalizados no cuentan para calcular el gasto máximo de bolsillo por servicios médicos.</p> | \$11,300 | <p>\$11,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$11,300 de los servicios cubiertos como gasto de bolsillo, no pagará nada por los servicios cubiertos de la red ni por los proveedores fuera de la red por 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/mapd, 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 de 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 recetas médicas están cubiertas *solo* si a usted se las surten en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con gastos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle gastos compartidos más bajos que los gastos compartidos estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web getbluetx.com/mapd/pharmacies, 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 de 2022 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

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

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 Médicos (servicios cubiertos y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura 2022*.

Servicios del programa de 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 para el 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) |
|--------------------------------|--|---|
| Servicios de ambulancia | <u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un copago de \$300 por cada servicio de transportación aérea de ida o vuelta cubierto por Medicare. | <u>Dentro y fuera de la red</u> Usted paga un coseguro del 20% por cada servicio de transportación de ida o vuelta aéreo cubierto por Medicare. |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|--|--|--|
| Servicios de rehabilitación cardíaca | <u>Dentro de la red</u> Copago de \$50 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y servicios de rehabilitación cardíaca intensiva. | <u>Dentro de la red</u> Copago de \$30 para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y servicios de rehabilitación cardíaca intensiva. |
| Servicios del programa de tratamiento de opioides | <u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$0 por cada servicio de tratamiento de opioides cubierto por Medicaid. | <u>Dentro de la red</u> Usted paga un copago de \$40 por cada servicio de tratamiento de opioides cubierto por Medicaid. |
| Servicios hospitalarios de observación para pacientes no hospitalizados | <u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por servicios de observación cubiertos por Medicare. | <u>Dentro de la red</u> Copago de \$350 por servicios de observación cubiertos por Medicare. |
| Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) | <u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por día para los días del 1 al 20 y \$184 de copago por día para los días del 21 al 100 por cada internación en un SNF cubierta por Medicare. | <u>Dentro de la red</u> Usted paga \$0 de copago por día para los días del 1 al 20 y \$188 de copago por día para los días del 21 al 100 por cada internación en un SNF cubierta por Medicare. |
| Servicios dentales (no cubiertos por Medicare: atención integral) | <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 0 % del costo total por las extracciones no quirúrgicas y por servicios complementarios | <u>Fuera de la red</u> Usted paga el 50 % del costo total por las extracciones no quirúrgicas y por servicios complementarios |

| Costo | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|---|--|--|
| Exámenes auditivos (no cubiertos por Medicare) | <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por 1 examen de audición rutinario cada tres años. 3 consultas de ajuste y evaluación de audífono cada tres años.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50 % del costo total por 1 examen de audición rutinario cada 3 años. 50 % del costo total por 1 consulta de ajuste/evaluación del audífono cada 3 años.</p> | <p><u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por 1 examen de audición rutinario por año. Consultas ilimitadas a proveedores para ajustes y adaptación en un período de 12 meses a partir de la compra de los audífonos TruHearing.</p> <p><u>Fuera de la red</u> 50 % del costo total por 1 examen de audición rutinario por año. 50 % del costo total por 1 consulta de ajuste/evaluación del audífono cada 3 años.</p> |

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, lea el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- **Hable con su médico (u otra persona que receta) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. 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 está 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 esté cubierto por 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 otra persona que receta) 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 está en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre costos de medicamentos recetados de la Parte D puede que no sea aplicable 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 llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe un “Ayuda Adicional”, pero no ha recibido

este prospecto, llame al Departamento de Servicios para Miembros y pida su “Cláusula adicional 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 el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en getbluetx.com/mapd. También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *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 marca preferida de Categoría 3, medicamento no preferido de Categoría 4 y medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$350.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$20 de los gastos compartidos de los medicamentos genéricos preferidos de Categoría 1 y los medicamentos genéricos de Categoría 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Categoría 3, los medicamentos no preferidos de Categoría 4 y los medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$350.</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0-\$20 de los gastos compartidos de los medicamentos genéricos preferidos de Categoría 1 y los medicamentos genéricos de Categoría 2, además del costo total de los medicamentos de marca preferida de Categoría 3, los medicamentos no preferidos de Categoría 4 y los medicamentos especializados de Categoría 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p> |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise 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 que se indican en esta fila corresponden a un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta médica en una farmacia de la red.</p> <p>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>Hemos cambiado la categoría de algunos de los medicamentos en su Lista de</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Categoría 1: Genérico preferido</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$7 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 2: Genérico</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$20 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$13 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 3: Marca preferida</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> | <p>Su costo por un suministro de un mes en una farmacia de la red:</p> <p>Categoría 1: Genérico preferido</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$10 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$0 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 2: Genérico</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$20 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i></p> <p>Usted paga \$10 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 3: Marca preferida</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i></p> <p>Usted paga \$47 de copago por receta médica.</p> |

| Etapa | 2021 (este año) | 2022 (el próximo año) |
|---|--|--|
| <p>medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otra categoría, búsquelos en la Lista de medicamentos.</p> | <p>Usted paga \$40 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 4: Medicamento no preferido</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$93 de copago por receta médica.</p> | <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$47 de copago por receta médica.</p> <p>Categoría 4: Medicamento no preferido</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga \$100 de copago por receta médica.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga \$100 de copago por receta médica.</p> |
| | <p>Categoría 5: Especializado</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 26% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 26% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción en la cobertura).</p> | <p>Categoría 5: Especializado</p> <p><i>Gastos compartidos estándar:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <p><i>Gastos compartidos preferidos:</i> Usted paga 27% del costo total.</p> <hr/> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de interrupción en la cobertura).</p> |

Cambios en la Etapa de brecha en cobertura y en la Etapa de cobertura de catástrofe

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa de brecha en cobertura y la Etapa de cobertura de catástrofe, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa de brecha en cobertura ni la Etapa de cobertura de catástrofe.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, 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 de monitoreo continuo de glucosa (CGM) que se obtienen en la farmacia están sujetos a autorización previa, cantidad límite y se prefiere la cobertura para los productos Dexcom G6 y Freestyle Libre de Abbott. |
| Suministro a largo plazo de un medicamento con receta de la Parte D. (Categoría 5: Especializado) | En el caso de los medicamentos de Categoría 5, usted puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. | El suministro a largo plazo no está disponible para medicamentos de Categoría 5. Los medicamentos de Categoría 5 están disponibles para un suministro de hasta 30 días. |

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

Prime Therapeutics LLC es una compañía de administración de beneficios de farmacia, contratada por Blue Cross and Blue Shield Texas (BCBSTX) para proporcionar servicios de administración de beneficios de farmacia. BCBSTX, además de 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 de farmacia 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 con contrato para proporcionar servicios de farmacia 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 Choice Plus (PPO)

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 Choice Plus (PPO).

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 en su momento.
- – O– También puede cambiarse a Original Medicare. Si elige Original Medicare, deberá decidir si quiere inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si no se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa de inscripción tardía de la Parte D.

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 comuníquese con 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 Choice Plus (PPO).
- 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 Choice Plus (PPO).
- 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.

SECCIÓN 4 Fecha límite para cambiarse de plan

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

¿Se pueden hacer 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. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de Cobertura*.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage el 1 de enero del 2022, y no está conforme con su elección de plan, se puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para 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 2.2, de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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 seguro 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/>).

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.** Las personas de ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir un “Ayuda Adicional” con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales para los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán una brecha en la cobertura ni serán sancionados con multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, comuníquese con:
 - 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 (aplicaciones).
 - 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) y Texas HIV Medication Program (THMP) State Pharmacy Assistance Program (SPAP) que ayuda a las personas a pagar medicamentos con receta según sus necesidades financieras, edad o problemas médicos. Para averiguar más sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre 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 AIDS Drug Assistance Program (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 no miembro/submiembro. 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 Choice Plus (PPO)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-877-774-8592. (Solo los usuarios de TTY deben 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* para el 2022 (contiene detalles sobre los beneficios y los costos del 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 Choice Plus (PPO). 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/mapd. 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/mapd. 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 cubiertos (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 ayudarlo 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.

Los proveedores no contratados o que no forman parte de la red no tienen la obligación de tratar a los miembros de Blue Cross Medicare Advantage Choice Plus (PPO), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número del Departamento de Servicios para Miembros o consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información, incluidos los gastos compartidos que se aplican a los servicios que no forman parte de la red.